Aus der Hals-Nasen-Ohrenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. D. Plester

Über Erfahrungen in der medikamentösen Behandlung von Erkrankungen des Hals-Nasen-Ohren-Fachgebietes der letzten Jahre

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Zahnheilkunde
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Friedrich Schüller
aus Trautenau

1969

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547611_0042

Aus der Hals-Nasen-Ohrenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. D. Plester

Über Erfahrungen in der medikamentösen Behandlung von Erkrankungen des Hals-Nasen-Ohren-Fachgebietes der letzten Jahre

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Zahnheilkunde
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Friedrich Schüller
aus Trautenau

1969

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. W. Graumann

1. Berichterstatter: Dozent Dr. H. Breuninger
2. Berichterstatter: Professor Dr. D. Plester

FOTODRUCK PRÄZIS Barbara v. Spangenberg KG · Tübingen

M E I N E R M U T T E R

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung 3
Äußeres, mittleres, inneres Ohr 3
Ohrmuschel 3
Äußerer Gehörgang 5
Ohrtube 8
Mittelohr 9
Innenohr 14
Facialis 18
Nase und Nasennebenhöhlen 20
Äußere Haut und Gerüst der Nase 20
Schleimhaut der Nase 20
Nasennebenhöhlen 30
Trigeminusneuralgie 34
Mundorgane 35
Lippen 35
Mundschleimhaut 35
Zunge 38
Speicheldrüsen 38
Rachen 40
Schleimhaut 40
Tonsillen 42
Kehlkopf 46
Schleimhaut 46
Sprach-und Stimmstörungen 48
Speiseröhre 49
Infektionskrankheiten 50
Zystostatische Behandlung maligner Tumoren 51
Anaesthesie 53
Lokalanaesthesie 53
Prämedikation der Lokalanaesthesie 55
Allgemeinbetäubung 56
Blutstillung und Blutersatz 59
Antibiotika, Chemotherapeutika und Sulfonamide 62
Medikamentöse Therapie bei operativen Eingriffen 66
Zusammenfassung 68
Literaturverzeichnis 73

Einleitung

Die die Operation unterstützende oder alleinige medikamentöse Therapie nimmt in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde einen relativ breiten Raum ein. Durch Weiterentwicklung und Variation der Kombinationen von Heilmitteln ist es oft schwer, unter der großen Auswahl das geeignete Mittel zu einer sinnvollen und ökonomischen medikamentösen Therapie zu finden. Die letzten zusammenfassenden Darstellungen der Möglichkeiten der medikamentösen Therapie der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde im deutschen Sprachraum erfolgten 1962 und 1964 durch BREUNINGER. Seit 1964 sind bereits wieder eine größere Anzahl von Medikamenten und medikamentösen Maßnahmen empfohlen, so daß eine kritische Sichtung notwendig erscheint.

Der Sinn der vorliegenden Arbeit soll es sein, neue, zur Therapie empfohlene Wirkstoffe und Behandlungsmethoden aufzuführen, wobei gleichzeitig weitmöglichst die therapeutischen Erfahrungen der Tübinger Hals-Nasen-Ohrenklinik mit berücksichtigt werden.

Es erscheint sinnvoll, die neuen Angaben nach Organen bzw. Organgebieten zu ordnen, wobei eine gewisse Schematisierung oder Wiederholung in manchen Fällen nicht vermeidbar sein kann.

Äußeres, mittleres, inneres Ohr

Ohrmuschel

Verletzung

Bezüglich der unterstützenden Behandlung bei der Versorgung von Ohrmuschelverletzungen ergeben sich keine neuen Gesichtspunkte.

Othaematom
Die früheren günstigen Erfahrungen bei der Behandlung kleiner Othaematome durch Injektion von VARICOCID (1) nach Apunktion des Ergusses werden neuerdings wieder bestätigt.

Neu ist die Empfehlung zur lokalen kombinierten Behandlung mit PENICILLIN-PREDNISOLON (2), die ebenfalls nach Punktion instilliert werden soll. Dosierung:
Prednisolon 12 mg
Penicillin 100.000 IE an 5-6 hintereinander folgenden Tagen.

Bezüglich der Behandlung von Erfrierung, Verbrennung und Verätzung der Ohrmuschel sowie des Erysipels der Ohrmuscheln ergeben sich keine neuen Gesichtspunkte.

Ohrmuschel-Perichondritis
Neben der bisherigen Empfehlung zur Anwendung von POLYMYCIN lokal und allgemein hat sich jetzt COLIMYCIN (3) bei allgemeiner und örtlicher Anwendung bewährt. Dies besonders bei Gram-positiven Erregern, Staphylokokken und den Erregern der Candidagruppe. Als Dosierung wird angegeben zur Allgemeintherapie 50.000 E/kg Körpergewicht und Tag in 3 Portionen.
Örtlich 100.000 E/50 ccm Aqua dest.
Außerdem taucht neu eine Empfehlung zur Anwendung von DEXAMETHASON (4) mit 5%igem Alphamid zur örtlichen Behandlung der Perichondritis auf.

Ohrmuschelekzem und retroaurikuläres Ekzem
Die große Zahl der empfohlenen corticoidhaltigen Salben hat sich erheblich vermehrt. TRIAMCINOLON-haltige Salben (5) sollen nach den bisherigen Erfahrungen am wirksamsten sein. Eine verbesserte Lokalbehandlung soll

mit einer Lösung aus HYDROCORTISON mit Thiomersal (6) in Wasser und Propylalkohol erreicht werden. Neu ergibt sich eine Empfehlung zur Anwendung von STAPHYLOCOCUSTOXOID (LEDERLE) (7), Dosierung 2mal die Woche anfangs 0,02 - 0,05, später 0,15 - 03 ccm i.c.. Diese Therapie scheint in den Fällen sinnvoll, wo eine bisher teilweise geübte Verwendung eigens aus Gehörgangsabstrich oder Ohrmuschelabstrich gewonnenen Vakzine nicht möglich ist.

Zur Lokalbehandlung ist auch ein neues Quecksilberpräparat VERSOTRANE (8) empfohlen, das als Puder und Tinktur erhältlich ist. (Eine Unverträglichkeit besteht bei Anwendung dieses Präparates bei gleichzeitiger Anwendung von Zinksalbe, Halogenoiden und Sulfiden)

Äußerer Gehörgang

Cerumen obturans und Epidermispfropf

Ein neues Präparat ist unter dem Namen CERUMENEX (9) im Handel. Es besteht aus einer 10%igen Lösung von Cerapon, Propylalkohol mit 5%igem Chlorbutanol. Nach den Erfahrungen der Klinik ist dieses Mittel wirksamer bei Auflösung von Ohrschmalzpfröpfen und dem bisher verwandten Bor-Alkohol-Glycerin überlegen. Gelegentlich sieht man als Nebenwirkung eine leichte Dermatitis.

Verbrennung und Strahlenschäden im Gehörgang

Zur Vermeidung der Strikturen wird die corticoidhaltige Salbe LOCACORTEN (10) besonders empfohlen. Die Creme dieses Präparates enthält Neomycin, die Salbe Vioform als Zusatz zum Corticoid.

Gehörgangfurunkel

Zur örtlichen Behandlung ist neu empfohlen OTOCON (11).

Es handelt sich dabei um Stäbchen, die in den Gehörgang eingeführt werden sollen. Diese Stäbchen enthalten neben einer Salbenmasse Hydrocortison und Chloramphenicol. Außerdem ist zur Behandlung des Gehörgangfurunkels neuerdings ein Quecksilber-Schwefelpräparat OCODEM (12) empfohlen.

Gehörgangsekzem und Otitis externa
Zur Behandlung der Erkrankungen sind eine ganze Reihe neuer Ohrtropfen aufgetaucht, die in der Regel Corticosteroide in Kombination mit Antibiotika oder Antiseptika enthalten. Die empfohlenen Kombinationen sind in folgender Liste angeführt:

OXYTETRACYCLIN-HYDROCORTISON (13)
TRIAMCINOLON ACETONID (14), mit Neomycin
COLY-MYCIN-OTIC (15), mit Neomycin, Hydrocortison
CHLORAMPHENICOL-HYDROCORTISON (16)
TRIBURON-CORTISON (17)
POLYMYCIN, NEOMYCIN CORTISON Kombination (18)
COMBISON (19), Surfen, Neomycin, Prednisolon
FLOROTIC (20), Neomycin, Polymycin B, Nystatin
SOFRADEX-Ohrtropfen, Dexamethason, Suframycin, Gramicidin (21)
OTOBION (22), Neomycinsulfat, Natriumpropinat, Prednisolonacetat
OTALGINE-DROPS (23), Neomycin, Thyrothricin, Hydrocortison
ULTRACORTENOL (24), Trimethylacetat des Prednisolons
ANTIBIOTIKA und HEPARIN (25)
COLIMYCIN (26) in Form von Otoconen
OTOSPORIN (27), Cortison
CORTIBIOTIC (28)
VOSOL-OTIC-SOLUTION (29), 1, 2-Propandiolacetat
PREDEX (30) 5%

Außerdem hat eine Kombination von ESSIGSÄURE und PROPYLENALKOHOL (31) sowie eine Lösung von BIS-(2-Hydroxy-5-

Chlorphenyl) SULFID (32) auf Gazestreifen in den Gehörgang gebracht Aussicht auf eine erfolgreiche Behandlung des Gehörgangsekzems.

Im Allgemeinen werden die üblichen corticoidhaltigen Salben in Kombination mit Antibiotika weiterhin empfohlen, wobei das Antibiotikum nach Resistenzbestimmung eingesetzt werden soll.

Es wird auch über günstige Wirkung mit ANAFLEX (33) bei lokaler Anwendung berichtet. Es handelt sich hier um ein polykondensiertes Harnstofformaldehyd.

Wie beim Ohrmuschelekzem wird auch die Anwendung von STAPHYLOCOCCUS TOXOID (LEDERLE) (7) empfohlen, außerdem RIFAMYCIN (34), das lokal und allgemein angewandt werden kann.

Schließlich liegt noch eine Empfehlung zur Behandlung mit ATARAX-Tabletten (35) und POLYTHIACID (36) vor.

Mykosen des Gehörgangs
Zu der bisher üblichen Anstrichbehandlung mit Farbstoff kommen neue Fertigpräparate wie FLAVOFUNGIN (37), das als Anstrich oder Spray 4 - 10 Tage im akuten Fall, 20 - 30 Tage im chronischen Fall anzuwenden ist. Zur örtlichen Behandlung sind weiterhin T.O.E. (38), OTRIVOL (39) und STEROSAN (40) empfohlen. Neu erprobt wurde das sogenannte ANTIMYCOTICUM WASSERMANN (41), das eine Lösung aus

Benzochinolin	200
Dexamethason	0,07
Vit. F	1,00
Benzylalkohol	20,0
Pflanzenöle	100,0 (42) ist.

Lösung aus Salicylsäure 1 %
Alkohol 50 %
Terramycin u. Polymixin B Sulfat (43)

Emulsion aus Grisemin emulsion 1,0 %
Lutenurinemulsion 0,5 %
alkohol. Flavofunginlösung 2,0 % (44)
3mal täglich über 2 - 3 Wochen

Lösung aus Nipagin 1,0
Nipasol 0,5
Spritus dil. 1,0
Butylenglykol ad 10,0 (45), besonders bei Aspergillusinfektion geeignet.

Bei Aspergillose wird auch Spülung mit physiologischer NaCl-Lösung und anschließend 4% Salicylsäurealkohol empfohlen (46).
NYSTATIN-Puder (47) erwies sich als Zuverlässig, außerdem eine Mischung von NYSTATIN mit Borpuder (48), ebenso GRISEOFULVIN (49) lokal und per os.

Ohrtube

Akuter Tubenkatarrh
Es wird zu den üblichen Behandlungsmethoden die bereits geübte Anwendung von Corticoiden (allgemein), besonders ULTRACORTENOL (50) empfohlen. Außerdem soll sich eine Mischung von HYDROCORTISON mit Chymotrypsin (51) zur Instillationsbehandlung der Tube bewährt haben (125 mg Hydrocortison in 5 ml Flüssigkeit, Chymotrypsin in physiologischer Kochsalzlösung im Verhältnis 2 mg auf 2 ml).

Akuter Tuben-Mittelohrkatarrh und chronischer Tuben-Mittelohrkatarrh
Es erfolgt der erneute Hinweis auf die Anwendbarkeit aller Corticoidpräparate in Aerosolform oder zur Instillation

häufig in Verbindung mit antibiotischen Lösungen. Besonders bewährt haben soll sich DEXAMETHASON (4).

Adhäsivprozeß im Mittelohr
Die lokale Anwendung von CHYMOTRYPSIN soll eine Erweichung von Narbensträngen bewirken.
Anwendung: Transtympanal 1 ccm mit 1 mg. krist. ∝ Chymotrypsin 2 - 3mal pro Woche unterstützt durch 5 mg Trypsin i.m. (52)
oder: 1 ccm einer Lösung Chymotrypsin 1 : 1000, 6 Instillationen (53)
oder: Lösung 1 : 2000 in Hydrocortisonacetat gelöst (54)
oder: PREDONIN- Chymotrypsin (55), 1mal wöchentlich transtympanal.
Es ist aber auch bei transtympanaler Anwendung von Chymotrypsin über schwere allergische Erscheinungen berichtet worden.

Mittelohr

Akute Mittelohrentzündung
Die umstrittene lokale Anwendung von Antibiotika wird immer wieder empfohlen.
OMNAMYCIN (56), 2 - 3 Tage nach Perforation in Gehörgang eingeträufelt und mittels Politzer Ballon eingepreßt.
COLISTIN (57), aus Bacterium colistinus gewonnen, beträufelter Tamponadestreifen wird eingelegt.
COLIMYCIN-Ohrentropfen (58), leichte Otalgien als Nebenerscheinungen wurden beobachtet.
NEBACETIN-STYLI (59), eine Antibiotikakombination, wird als kleiner Kegel eingeführt.
STRAPHCILLIN (60), wird lokal und allgemein angewendet.

CHLORAMPHENICOL (61), soll als 2%-Lösung die beste Wirkung haben, besonders bei Bacterium pyocyaneus unwirksam.

Ohrentropfen (Kombinationspräparate):

CEPHARANTIN (62), transtympanal gegeben, auch i.m.

PREDEX (63), Prednisolonacetat, Dextromycin, Natriumpropionat.

BENZOL (64), 0,1 %.

EPHEDRINKOCHSALZTROPFEN (65), 0,5 %.

TERRACORTRILTROPFEN (66), soll bei täglicher Anwendung gut wirken.

BOUCHARA (67), Chloramphenicol-Deltahydrocortison.

COMBISON (68), Surfen, Neomycin, Prednisolon.

OTOBION (69), Neomycinsulfat, Natriumpropinat, Prednisolonacetat.

OTALGINE-DROPS (70)

INAMYCIN (71), Natriumsalz des Novobiocin.

OTOSPORIN (72)

ALGOLITASID (73)

CILOPRIN (74)

CILOPRIN CUM ANAESTHETICO (75)

DITRON "kerwel" (76), Procain, Phenol.

DORITRIZIEN (77), Thyrothricin, Neomycin.

FURACIN OTALGICUM (78)

LEUKOMYCINTROPFEN (79), 5 %, auf Butan 1,3-diol Basis.

NEODELPHICORT-Ohrentropfen (80), Triamcinolon, Neomycin, auch als Salbe bei entzündlichen und allergischen Prozessen des äußeren Gehörganges.

O-SOLVON (81), nach dem Einträufeln den Gehörgang mit Watte verschließen.

OTALGAN (82)

OTISTOP-Ohrentropfen (83), Bacitracin, Neomycin.

OTOBACID-Ohrentropfen (84), Dexamethason, Chloramphenicol.

OTOFLEXIOLE (85), mit und ohne Neomycin.

OTOLITAN (86), Rivanol, Anaesthesin.

OTOZELL (87)

PARAXIN-Ohrentropfen (88), 5 %
TURGASEPT (89)
TRIBURON (90), besonders bei Infektion mit Bacterium proteus.

Reine Corticosteroidpräparate sind:

HEXADECADROL (91),
PREDONIN (92), transtympanal, auch als Aerosol.
DEPERSOLON-Ohrentropfen (93), Prednisolon.

Fermente in Kombination mit Antibiotika werden als wirksam empfohlen. Die Wirkung ist dabei fibrinolytisch und antiphlogistisch zugleich. In das Tubenostium wird α-Chymotrypsin in Kombination mit Hydrocortison insuffliert. Andere Fermente werden genannt:
PANKREASDORNASE (94), Desoxyribonuklease vom Rinderpankreas.
LYSOPAIN (95), soll in Tuben gespritzt werden, 2 - 3mal täglich.
HYALU RONIDASE (96), 300 E.
ANANASE (97)

Allgemeinbehandlung der akuten Mittelohrentzündung
Die bereits bewährte Allgemeinbehandlung mit Penicillin wird noch in großem Umfange geübt. Bei intramuskulärer Applikation soll die Wirkung besser sein.
Ein neues synthetisches Penicillin wird empfohlen:
Na-Salz des DIMETHOXYBENZAMIDO-Penicillins (98)
Weitere Antibiotika sind:
RIFAMYCIN (99), 250 mg i.m., zur Ergänzung der Lokalbehandlung mit Ohrentropfen empfohlen. Soll besonders auf grampositive Bakterien wirken.
ABBOTICINE (100), Derivat des Erythromycins.
T.A.O. (101), Triacethyloleando-mycin, 5 mg/kg K.Gew. innerhalb von 42 Stunden auf 2 - 4 Gaben verteilt.

Akute Mittelohrentzündung beim Säugling und Kleinkind
Neben der üblichen Pyramidon-Anwendung zur Schmerz- und Fieberbekämpfung wird auch IRGAPYRIN (102) bei intramuskulärer Applikation empfohlen. Für die örtliche Behandlung sind pädiatrischerseits Vorschläge für PREDNISOLONTROPFEN (103) in 5 - 6stündigen Abständen transtympanal empfohlen. Auch die allgemeine Anwendung von HYDROCORTISON (104) wird empfohlen.
Zur Allgemeinbehandlung soll PHENEHICILLIN (105) genauso wirksam sein wie Penicillin. Auch POLYMIXIN B (106), 15.000 E pro kg K.Gewicht und Tag ist empfohlen. Außerdem TRIAMCINOLON (107) und wieder einmal das Sulfonamid MADRIBON (108).

Die schon früher angewandte Behandlung mit GLOBULINEN (109) wird wieder einmal erwähnt, wobei Antibiotika dazu verabreicht werden.

Mastoiditis
Zur örtlichen Behandlung nach Durchstoßen des Planum mastoideum mit dem Trokar wird eine Kochsalzlösung mit Penicillin- und Streptomycin-Lösung empfohlen. Außerdem kann eine Instillation in folgender Zusammensetzung erfolgen:

Terramycin
Anaesthesin
Ephedrin
Glycerin (110)

Nach einer derartigen Behandlung wurden schon Heilungen beschrieben.

Mastoiditis mit subperiostalem Abszeß.
Nach Punktion wird eine Mischung von Novocain und Penicillin in die Abszeßhöhle injiziert. Zusammensetzung: PENICILLIN 100.000- 300.000 IE in 0,25 % Novocainlösung (111). Änderungen der allgemeinen antibiotischen Thera-

pie werden in der neueren Literatur nicht angegeben. Es erfolgt mehrfach der Hinweis auf die Gefahren und Probleme einer örtlichen antibiotischen Behandlung.

Chronische Schleimhauteiterung
Zur lokalen Behandlung durch die Perforationsöffnung werden empfohlen:
FURACILLIN (112), tägl. Spülung, zur häuslichen Selbstbehandlung geeignet.
CHLOROMYCETIN u. STREPTOMYCIN (113), tägl. Spülung.
Rp. Glycerin anhydr.
Antibiotikum 1 %
Hydrocortison 0,2 % (114)
HOSTACYCLIN (115), 25 mg/Tag, 3 - 30 Tage lang.
POLYMIXIN B (116), Einträufelung.
Fälle, bei denen vorher eine Antibiotika- und Corticosteroidbehandlung erfolglos war, werden mit ANTIBIOTIKA-HEPARINKOMBINATION (117) erfolgreich behandelt.
Corticosteroide werden angewandt in Form von Instillation, Einblasen von Puder und Aerosol und Salben, die teilweise auch Antibiotika enthalten.
An Fermenten wird erneut empfohlen TRYSIN, α-CHYMOTRYPSIN (118), parenteral und als Aerosol. Weiterhin zur örtlichen Behandlung HYALURONIDASE (119), 30 %ig mit 10%iger Sulfathiazollösung, LEUKOCILASE (120), als Plombe in die Pauke.
Fertigpräparate: VERSOTRANE (121), Phenylquecksilber-Dinaphthylmethan-Disulfonat, als Puder und Tinktur.
Cave: Gleichzeitige Anwendung von Zinksalben, Halogenoiden und Sulfiden.

Zur Allgemeinbehandlung erfolgt ein erneuter Hinweis auf die Wirksamkeit einer AUTOVACCINETHERAPIE (122), vor allem im Kindesalter.

Behandlung von Radikalhöhlen und nach Tympanoplastik
Zur örtlichen Behandlung wird ein Pulvergemisch aus CHLORAMPHENICOL und SULFONAMID (123) zu gleichen Teilen empfohlen, mit CORTISON getränkte Gazestreifen, Tamponade mit Salbe, die CORTISON und ein BREITBANDANTIBIOTIKUM (124) enthält. Weiterhin CHYMOTRYPSIN (125), das transtympanal auch intramuskulär verabreicht werden kann.
Fertigpräparate: POLYSPEKTRANSALBE (126)
MADECASSOL (127), als Salbe, Puder oder Injektion
ARISTOPLOMBE (128), mit Spezialkanüle aufgezogen und eingebracht.
VERSOTRANE-Ohrentropfen (129)

Bei Pilzinfektionen von Radikalhöhlen oder bei Zustand nach Tympanoplastik haben sich bewährt:
PENYLMERCURIACETATLÖSUNG (130), 0,02 %, 10 Min. lang, 1mal täglich über 2 Wochen spülen.
NITROFURACIN (131)
NYSTATIN (132)
PENOTRAN (133), org. Hg-Salz
HABITAN (134), Chlorhexidin
MORONAL (135)
Als bewährte Methode wird eine Spülung mit 3%iger H_2O_2 mit anschließender Auspinselung mit 2%iger alkoholischer Lösung von FLAVOFUNGIN oder 1%iger Lösung von PENTACHLORPHENOL (Fungiphen) (136) empfohlen.
Zur allgemeinen Behandlung von Pilzinfektionen wird CEPHARANTHIN (137), 3 mg per os oder 5 mg i.m. pro die empfohlen.

Innenohr

Innenohrschwerhörigkeit
Weiterhin wird die teils schon bewährte Vitaminbehandlung empfohlen.

Obliche Dosierungen: Vit. E, Tocopherolacetat
150 - 450 mg täglich über Wochen.
Vit. B1, 50 mg täglich über Wochen
Vit. B6, 20 mg täglich über Wochen
Vit. B12, 1000 täglich 30 Injektionen.

Vitamine und ATP: ATP 10 mg, Vit. B1 10 mg, Traubenzuckerlösung 20 % i.v. gegeben.
ATP, Cocarboxylase, Vit. B12, Nicotinsäureamid.

Ebenso wird Heparin erfolgreich angewendet, das angeblich die Durchblutung steigert. Dauererfolge bleiben jedoch aus.

Dos.: 100 mg i.v. jede 8 Stunden für die Dauer von 8 - 10 Tagen.

Zur Pyriferbehandlung fanden sich keine neuen Berichte. Häufig wird über erfolgreiche ATP-Behandlung geschrieben.

Präparate: ATP-SPOFA (138), 3 Tage 20 mg i.v., später 10 mg i.v. 10 Tage lang.
BONITON (139), 60 mg tägl. über einige Wochen

Durchblutungsfördernd: NIKODANLÖSUNG (140), 5 %, 2 ml an 2 - 4 retroauriculären Punkten injiziert.
ALINAMIN F (141), i.v., per os
PERIDILATAL (142), 4mal 6 mg tägl.
PRIMOGERON (143), 3mal tägl. 1 Kapsel.

Die bisher bekannten gefäßerweiternden Mittel wie Ronicol, Complamin, Nicotinsäure wurden weiter erfolgreich angewendet.

Fermente: NUTRASE (144), Thiamin-Pyrophosphat,
CHYMOTRYPSIN (145), 1 % Lösung, 5 - 12 Behandlungen

Diuretisch: DRENUSIL (146), Polythiacid.

Medikamentösbedingte Schwerhörigkeit
Entgiftung bei Streptomycinschäden: BAL wird weiter empfohlen. GLUTAMINSÄURE (147) soll ebenfalls entgiftende Wirkung entfalten.
Präparate: GLUTAMIN HUBBER SIMPLEX und FORTE
Ähnlich soll ASPARGINSÄURE (148) in Kombination mit K- und Mg-Salzen sowie Vit. B1 wirken.
NIAMID (149), Isonicotinderivat, nach Streptomycin und Chinidinderivaten.
BONITON (150), nach Schalltrauma und Streptomycinschäden, 60 mg täglich über einige Wochen.

Ohrensausen und Innenohrschwerhörigkeit
Die bereits geübten lokalen und intravenösen Novocaininjektionen werden weiterhin angewendet. Neu taucht in der Literatur die Empfehlung für folgende Substanzen auf:

CHONDROITINSCHWEFELSÄURE (151), 1 %, 5 ccm i.v.
ASPARA (152), Asparginsäure, K- u. Mg., 9 Tabl. tägl.
PANTHOL (153), in Kombination mit Vit. B1, i.v.
MELCAIN FORTE (154), 2 % Procain, 40 % Bienenhonig, 20 - 40 Injektionen
TIOCTAN (155), 25 mg i.v.
NOIVITA und VERINA (156), 50 mg per os täglich
BTDS-Tabletten (157), 150 mg täglich per os
♂ - ORYZANOL (158), 30 mg täglich über Wochen
TORECAN (159), nicht während Menstruation und neurovegetativ Stigmatisierten.
NEOMINOPHAGEN (160), 1mal 20 ccm i.v.
HEXANICIT (161), 6 - 9 Tabletten täglich
ATHERAN N-SOBIO (162)
INSIDON (163), Derivat des Iminostiben.

Menière'sche Erkrankung
Die Behandlung wird mit den verschiedensten Arzneimittelgruppen durchgeführt, wie Mittel zur Sedierung, zur Ent-

wässerung, zur Gefäßerweiterung und Vitamine.
Sedativa: Neu ist IPRONAL (164), Phenotiaziderivat, 3mal täglich 100 mg für 5 - 6 Wochen.
Entwässerung: Bekannt sind und werden weiter empfohlen: ESIDRIX, DIAMOX, Na-BICARBONAT
Neu ist: DICHLOTRIDE (165), Hydrochlorothiacid, diuretisch.
POLYVINYLPYRRHOLIDON (166), venöse Einläufe.
Durchblutungsförderung: Bekannt und weiter empfohlen werden:
RONICOL, HISTAMIN i.v., ganglienblockierende Substanzen wie NOVOCAIN, IMPLETOL.
Neu ist: XYLOCAININJEKTION (167), 1 - 2 mg./K.Gewicht, Gemisch aus DOPERIDOL und FENTANYL-CITRAT, i.v. (168)
Antiphlogistisch: Erfolge werden mit dem bekannten DEKADRON, Dexamethason, beschrieben.
Dos.: 0,75 mg 3mal täglich per os, Erhaltungsdosis 0,25 mg täglich (169)
Neue Fertigpräparate: CITRONÁL-N (170), org. Mg-Verbindung, 8 - 10 Injektionen i.v., 2mal pro Woche.
TRILAFON-POLARAMIN (171)
PREDONIN (172), 4 - 6 Tabletten täglich per os.
TORECAN (173), 1 Amp., 6,5 mg täglich innerhalb von 8 - 10 Tagen.
ACETAZOLAMID (174)

Ohrensausen
Die bereits geübte Anwendung von Vitamin A und Heparin wird weiter empfohlen.
AROVIT (175), 100.000 E, 3 Monate lang.
ELEPARON (176), Heparinoid.
SP 54 (177), Heparinoid, Kontraindikation bei hämorrhagischen Diathesen, Magen-, Darm- und Nierenleiden.
100 mg in 1. und 2. Woche 3 - 4 Injektionen

in 3. und 4. Woche 2 Injektionen
PASSIFLORAE FLUID (178), Pflanzenextrakt, 3mal täglich 20 - 25 Tropfen nach dem Essen.
Außer diesen Präparaten werden Tranquilizer empfohlen.

Bewegungskrankheiten
Gegen Schwindel und Erbrechen werden weiterhin Antihistaminika wie MECLICIN, DIMENHYDRAT und CHLOROCYCLIN-PRÄPARATE verwendet. Am besten soll das DÄDALON (179), Dimenhydrinat vertragen werden. Es darf jedoch nicht zu lange gegeben werde, weniger als 2 Jahre.
Neu ist: TORECAN (180), Phenothiacinpräparat (Hautschuppen und Krampferscheinungen als Nebenwirkung sind beobachtet). Dos.: 3 - 6 Drag. à 3mal 10 mg über 3 Tage.
PAPACHIN (181), Chinin und Papaverin (Magenbeschwerden als Nebenwirkung beobachtet).
DILIGAN (182), Kontraindikation: Gravidität.
PERSANTIN (183), Pyrimido-, Pyrimidinderivat.
TIGAN (184), als Supp., Amp. und oral
TORIOMIN (185), Perphenacinhydrochlorid (besonders bei Drehschwindel.
THERAPTIQUE (186), 45 mg i.v.
ÄTHYLCROTONHARNSTOFF (187), 3 Tabletten täglich 8 - 14 Tage.
Bei klimakterischem Schwindel wird Kombination weiblicher und männlicher Sexualhormone empfohlen:
AMBOSEX (188)
FEMOVIRIN (189)
PRIMODIAN (190)

Facialis

Otogene Lähmung
Bei der konservativen Behandlung nehmen die Glucocor-

ticoide den ersten Platz ein. CORTISON, DEHYDROCORTISON, HYDROCORTISON, PREDNISOLON und PREDNISON werden erfolgreich lokal angewandt. Bei NNR-Insuffizienz wird ACTH empfohlen.
Günstige Erfahrungen werden mit der schon bekannten allgemeinen Anwendung von NICOTINSÄURE (191), 100 - 300 mg i.m. täglich zusätzlich als Tabletten gemacht.
Neu scheint die Anwendung von Lokalanaesthetika zu sein und zwar als periarterielle und perineurale Injektion von NOVOCAIN (192) und CARBOCAIN (193).
ACH (194), lokal injiziert.

Rheumatische Lähmung
Neu ist TOMANOL (195), analgetisch-antiphlogistisch.

Zoster Oticus
Mit den bisherigen Behandlungsverfahren ist eine neue Methode mit VIRUSAMIN (196), 1 - 1,5 g täglich 3 - 9 Tage lang, hinzugekommen.

Nase und Nasennebenhöhlen

Äußere Haut und Gerüst der Nase

Verletzungen

Bei kleinen Verletzungen der Nase haben sich die Nasensalben NASEPTIN (197), Neomycin, Chlorhexidin, besonders bewährt bei Staphylokokkusinfektionen, 2mal täglich einreiben. GENTAMICIN (198), 1 - 3 %, antibiotikahaltig, wirkt besonders auf coagulasepositive Staphylokokken, 3mal täglich 7 - 10 Tage lang einreiben.

Schleimhaut der Nase

Es wird von neuen Präparaten in Form von Tropfen, öligen Lösungen, Emulsionen und Pulvern berichtet.

Rhinitis acuta simplex (Schnupfen)

Zu den bereits angewandten Kombinationen zur peroralen Anwendung zur Kopierung des Schnupfens sind neu hinzugekommen:

RINOMAR (199), Adrenergikum, Antihistaminikum, Parasympatholytikum.

TRIAMINIC (200), stark sedierend.

ACTIFED (201), Antihistaminikum, sympathomimetisches Amin.

Eine Mischung, die sympathomimetische, schmerzlindernde, cholinergische Wirkung hat, ist mit Antihistaminika gekoppelt und besteht aus: Phenyl-propanolamin-hydrochlorid; Chorpheniramin; n-Acethyl-p-amino-phenol; Salicylamide; Homatropin-methylbromid; (202), sie soll besonders wirdsam sein bei Sinusitis mit akuter Rhinitis.

In letzter Zeit erfolgt mehrfach der Hinweis, daß diese Antihistamin-Kombinationen bei Autofahrern von einer gewissen Dosierung ab die Fahrtüchtigkeit beeinflussen können.

Zur örtlichen Behandlung dienen in erster Linie abschwellende und entzündungshemmende Nasentropfen.
Die Wirksamkeit der bereits eingeführten Originalpräparate OTRIVEN, NASIVIN, RHINOSPRAY, TYCINE wird erneut bestätigt. (Neuerdings taucht auch ein Kombinationspräparat COR-TYCINE (203), 0,05 %, Tetrahydrozolinhydrochlorid, Prednisolon, auf.)
Neue abschwellende und entzündungshemmende Kombinationspräparate zur örtlichen Anwendung sind:

TRYPSIN-PHENYLEPHRIN-Nasentropfen (204), schleimauflösend, 3mal täglich 1 - 2 Tropfen, soll nicht die Funktion des Epithels schädigen.

VIBROCIL (205), Fentisil, Phenylepherin, basic. Neomycin sulf.

DIMATAPP (206), Adrenalin, Ephedrin und amphetaminverwandte Substanzen.

ATURGYL (207), Imidazolderivat

L.D. 3084 (208), Imidazolderivat

AMIDEPHRINE MESYLATE (209)

SOLCONASAL (210), Mepyramin MALEAT, 1 - 3mal täglich 3 Tropfen.

AFRIN (211), Imidazolderivat

NAPHTHYLESSIGSÄURE (212)

CHINORHIN (213), mehrmals täglich anwenden.

NASAN (214), mehrmals täglich anwenden.

RHINOSORBAT (215), Polyäthylenglykol-Sorbitanoleat, mehrmals täglich 5 - 10 Tropfen, auch bei Cerumen.

RHINASAL-BISCOVA (216), Azulen, pflanzliche Öle, 4mal täglich 4 Tropfen, Kinder 2 - 3 Tropfen, nicht für Säuglinge.

Nasenspray:

TOKKU (217), soll über 8 Stunden anhalten.

DEQUADIN (218), Decametilen-Chinaldin-Chlorid.

C 1465 (219), Framycetinsulfat, Hydrocortison, Vasokonstriktoren.
RIFAMYCIN SV (220)
ADRIANOL S (221), Adrianol und Imidazolinderivat.
SALVIAZOL-Nasenspray (222), Prednisolon u.a., 3 - 4mal täglich, nicht für Säuglinge und Kleinkinder.
NASOPTOL-Spray (223), Rutin, Vit. C, Nicotinsäureamid, Diphenhydramin, auch als Dragées, nicht für Säuglinge und Kleinkinder.
OTRICORTEN-Spray (224), Otriven 0,05 %, Dexamethason 0,01 %, auch als Tropfen.

Etwas problematisch erscheint die lokale Injektion von 70 % Alkohol (225) in die untere Muschel (3 langsame Injektionen von 1,5 ccm Alkohol nach Anaesthesie im Abstand von 7 Tagen).
Bezüglich der Allgemeinbehandlung der akuten Rhinitis sind keine neuen Gesichtspunkte aufgetaucht. Die erneute Empfehlung einer Kombination von PYRAMIDON und PAPAVERIN (226) als neues wirksames Mittel ist nicht orginell.

Rhinitis acuta simplex beim Säugling und Kleinkind
Neue Mittel für Säuglinge und Kleinkinder sind:
STRINGAN-Nasentropfen (227)
ST 71-Nasentropfen (228), 0,05 % für Säuglinge, 0,1 % für Kleinkinder.
ADRIANOL T-Nasentropfen (229), 1/2 Stunde vor den Mahlzeiten einträufeln, 4 - 5 Applikationen täglich.
Aerosole:
SULFAT des Dihydroxyphenyl-Isopropylamino Äthanol (230), verwandt mit Aludrin, wirkt stark sekretmindernd und verflüssigend.
GLYTISOL (231), Thiophenicol glycinatum.

Bei der Allgemeinbehandlung hat sich das bekannte ARBID als Schlucktropfen bei Kindern erfolgreich bewährt. Die neuen für Erwachsene genannten Nasentropfen können in entsprechend geringerer Dosierung bei Kindern angewandt werden.

Rhinitis acuta purulenta
Neben den neuen Präparaten zur lokalen Behandlung der Rhinitis simplex, die auch hier Verwendung finden, sind speziell für purulente Rhinitis erfolgreich:
FURACIN (232), Phenylephrin, Nitrofurazon 0,02 %.
Erfolgreich soll ein lebertranhaltiges Präparat sein, das PANTOTHENSÄURE und Vit. F enthält (233).

Aerosole:
CYSTEINMETHYLESTERCHLORHYDRAT (234), 10 - 15 Minuten über 2 Wochen angewandt.
ACTHICOL I (235), vermehrt die Schleimhautsekretion, auch als Dragées und Suppositorien.

Rhinitis allergica bzw. Rhinopathia vasomotoria
Zur Desensibilisierung ist eine neue POLLENEMULSION (236) empfohlen:
1. Injektion: Februar, März oder April
2. oder 3. Injektion nicht nach dem 15. Mai und zwar 2mal 750 Noon Einheiten und 1mal 7500 Einheiten.
Bei diesem Verfahren erhielten die Patienten zusätzlich Antihistaminika per os.
ALLYPYRAL-Extrakte (237), Aluminiumpräcipierter Pyridinextrakt, 8 - 9 Injektionen jährlich.
P M B (238), Allergene gemischter Pollen, speziell für Flora von Deutschland, Österreich und Schweiz. Injektionen s.c. im Winter in Abständen von 1 - 7 Tagen in absteigender Dosis. Nicht bei Kindern unter 12 Jahren.

NORMERGEN (239), homologes Trockenserum aus eingesandtem Patientenblut;
Normergen P: Bei Pollenallergie
Normergen V: Bei vasomotorischer Rhinitis
Normergen S: Bei Rhinitis simplex

Zur Allgemeinanwendung bei Rhinitis allergica sind folgende, meist antihistaminhaltige Präparate neu empfohlen:

CATERIL (240), Phenothiazinderivat.

DIMETAXIN (241), Roxilon, Anabolica.

SYSTRAL (242), 1 Tablette morgens.

BROMOXYÄTHYLAMIN (243), 1 - 2 ccm i.v.

ATARAX (35), 3 Tabletten täglich 1 - 3 Wochen lang.

LYSSIPOLL (244), Antiallergicum, Antihistaminicum; Tagesdosis für Erwachsene 8 mg.

PLIMASIN (245), Antihistaminicum (Pyribenzamin), zentral stimulierend; 2 - 3mal täglich 1 Dragée, letzte Dosis nicht vor dem Einschlafen.

Über das bekannte NISOREX und ARBID wird wiederholt positiv berichtet.

DIMETAN (246), Parabromdylamin-Maleat (synthetisches Antihistaminicum), günstige Wirkung bei Insektenstichen beobachtet.

DIMETHINDEN (247), Dimethylpyrinden-Maleat, Oxyphendinium, Phenylpropanolamine.

DISOPHROL CHRONTAB (248), täglich 2 Tabletten über 1 Woche.

DEXBROMPHENIRAMIN mit Ephedrin (249), (Nebenwirkung: Obstipation, Müdigkeit.)

HISTAGLOBIN (250), Histamin und γ-Globulin.

HL 2197 (251), besonders bei Heuschnupfen gut bewährt.

INSIDON (252), ein Psychopharmakon.

ILVIN (253), per os und als Aerosol.

LYSOZYM (254), Antihistaminkörper und Kapillarprotektor.

NARLERTAN (255), Antihistaminicum und sympaticuswirksame Kombination, sehr lang wirksam, 1 - 2 Tabletten täglich.

PROPHENPYRIDAMIN-Pyrilamin-phenylphrintanat (256).
PERIACTIN (257), Methylpiperidinderivat, ein Antiserotonin.
POLARAMIN (258), Chlorpheniraminmaleat.
PRO-ACTIDIL (259), Triprolidin-Hydrochlorid, Depotwirkung (Nebenwirkung: Müdigkeit). 10 mg täglich 18 Tage lang.
SUPRASTIN (260), Antihistaminicum.
TOFRANIL (261), Iminodibenzylderivat, im Nisorex enthalten.
TRIDECAMIN-DOSPAN (262), 1 Tablette alle 8 - 10 Stunden.
NASORAL (263), Brompyridin-Maleat, Ilvin, Cebion, Rutin, 3mal täglich 1 Dragée.
RINOMAR (264), Norephedrin u.a., 3mal täglich 1 Dragée. Kontraind.: Glaukom, Prostatahypertrophie, Hypertension.
RHINOPRONT (265), Antihistaminicum, Sympathomimeticum, morgens und abends eine Kapsel.
PRO-DIGOA-Dragée (266), Mepyraminmaleat, 2 - 4mal täglich 1 Dragée nach den Mahlzeiten; Kinder ab 8 Jahren 1 - 2mal täglich 1 Dragée, auch als Spray.

Bei den Antihistaminpräparaten ist im allgemeinen mit einer sedierenden Wirkung zu rechnen.

Neu ist die lokale Anwendung von Ca mit Antihistaminicum (267), und zwar Injektion in Nasenmuscheln 1mal 10 ccm oder 2mal 5 ccm pro Woche. Wiederholung in den nächsten 2 Wochen. Eine 2 % Panthocainanaesthesie ist vorher notwendig.

Für Kinder wird empfohlen:

KINDERSYRUP FF65 (268), Parasympatholyticum und Antihistaminicum. Zur Allgemeinbehandlung mit Corticosteroiden sind keine neuen Aspekte in der Literatur zu finden.

Viel wird über die lokale Anwendung von Corticosteroiden zum Teil kombiniert mit allgemeiner Verabreichung derselben berichtet.

Nasentropfen, corticoidhaltig:

ULTRACORTENOL-OTRIVEN-Nasentropfen (269)

SOLCONASAL-Nasentropfen (270), Amino-Methylheptan-Phosphat, Mepyramin-Maleat in Cortison und Penicillinsuspension.

DEXA-ENDRINE (271), Ephedringehalt 0,25 %, Ölsuspension.

DEXA-TURIPOL (272), Dexamethasonacetat, 2 - 4mal täglich 2 - 3 Tropfen.

Weitere Nasentropfen (Kombinationspräparate):

AFRIN (273), Oxymetazolinhydrochlorid, abschwellend.

RHINAZULAN-Nasentropfen (274), antiphlogistisch, antiallergisch.

PRO-nasyl (275)

NATRIUMSALZ der Naphthylessigsäure (276), 8 - 14 % Lösung, 4 - 6 Tage in steigender Konzentration.

RHEOPYRIN (=IRGAPYRIN) (277), lokale Tampons, 1/2 Stunde liegen lassen.

NATRIPEXINE, MASTOTENE (278), Harz-Kathionenaustauscher, auch als Puder erhältlich.

ZINKCHLORIDLÖSUNG (279), 1 %, 2 - 3 Wochen lokal appliziert.

ADANTOL JELLY (280)

PINIOL-Nasentropfen (281), Ephedrin, Antihistaminicum, auch als Salbe mit Ephedrin, Azulen.

RHINE XYLIDRIN (282), Ephedrin, pflanzliche Öle, mehrmals täglich einige Tropfen, auch als Salbe.

DULCARGAN (283), Silbertetraborat, auch als Salbe.

Aerosole:

PHAGAL (284), mehrmals täglich nach Bedarf, nicht für Säuglinge und Kleinkinder.

PERNASATOR (285), Trockeninhalator verschiedener pflanzlicher Öle, mehrmals täglich inhalieren.

Lokale Injektion in die Nasenschleimhaut folgender corticosteroidhaltiger Präparate wird erfolgreich angewandt:

DECADRON u. DELTA-CORTIL (286), intraconchal, gleichzeitig wird orale Antihistaminikagabe empfohlen.
DEXAMETHASON (287), Intranasale Infiltration, auch als Aerosol.
DIADRESON F AQUOSUM (288), intraconchal, 3 Injektionen von je 25 mg in Abständen von 1 Woche.
HYDROCORTISON (189), in untere Muschel injiziert, 12,5 mg auf jede Seite, 2mal pro Woche.
CORTISONACETAT u. PREDNISOLON (290), in untere Muschel injiziert, 25 mg, dazu Prednisolon per os in fallender Dosis, beginnend mit 3mal 5 mg.
ESSIGESTER des 6-Methylprednisolons (291), intranasale Infiltration.
DIADRESON-NOVOCAIN (292), i.m. 25 mg alle 2 Tage, 6 - 7mal injiziert, Diadreson ist in 5 ml 1 % Novocain gelöst.
CORTISON (293), intraconchal, 0,5 %, 3mal für 3 - 4 Tage.
HYDROCORTISON u. RETARDILLIN (294), lokal 1mal pro Woche.
PREDNISOLON u. METHYLPREDNISOLON (295), intranasale Injektion, 3 - 4mal in wöchentlichen Intervallen.

Lokale Anwendung von corticoidhaltigen Pulvern:
Kombination von SOLUCORT u. DECTANCYL (296), lokal und per os, 4 Tage 2 mg täglich, dann 4 Tage 1 mg täglich, später stoßweise 2mal im Monat 5 Tage lang.
DEXAMETHASON (297), 0,5 mg als Puder eingeatmet.

Lokale Anwendung corticoidhaltiger Aerosole:
DEXAMETHASON-Phosphataerosol (298)
TRIAMCINOLONACETANID (299)
DEXA-RHINOSPRAY (300)

PABRACORTIN (301), Hydrocortisonacetat, Saccharum lactis, Inhalt je zur Hälfte morgens und abends zerstäuben.
NEBDOSATOR (302), Sympathicomimeticum, Antihistaminicum, Schulkinder nur 1mal sprayen.
VIBROCIL (303), täglich sprayen, auch als Tropfen.
KUSTIN (304), Cortison und Anabolica.

Salben:
RHINO-ANTIPIOL (305), Autolysat aus Strepto- und Staphylokokken, pflanzliche Öle, 2 - 3stündlich ca. 1/2 cm Salbe in beide Nasenlöcher.
LARYLIN-STIFT (306), pflanzliche Öle, nicht für Säuglinge und Kleinkinder.
SULFOCILLIN-Nasensalbe (307), Penicillin G-Natrium-Sufanilamid.
RISIN (308), ephedrinhaltig, stündlich etwas Salbe in beide Nasenlöcher.

Weitere Mittel zur Injektion:
Das schon bekannte Milzextraktpräparat PROSPLEN hat Einfluß auf die Antigen-Antikörperreaktion und hat sich weiter gut bewährt. Ebenso wird über Novocainblockaden positiv berichtet.
NOVOCAIN DIMEDROL (309), 2 % Novocain, 1 % Dimedrollösung, 2 ml in untere Muschel injiziert.
Kur: 2mal 5 Injektionen jeden 2. Tag mit 1 Woche Pause.

Fermente:
α-CHYMOTRYPSIN u. TRYPSIN (310), 2mal täglich 2,5 mg in untere Muschel und s.c., insgesamt 15 mg bzw. 20 mg, die Kur wurde 3 - 4mal jährlich wiederholt.
LYSOZYM (311), lokale und allgemeine Anwendung.

LIOFIL VACUNA (312), lyophilisierter Bakterienextrakt, s.d.
Speziell wird bei der Rhinitis vasomotoria klimakterika AMBOSEX (313) empfohlen, ein Gemisch aus männlichen und weiblichen Sexualhormonen.

Rhinitis atrophicans cum foetore (Ozaena)
Cortisonbehandlung wird nur in Frühfällen empfohlen. Das gefäßerweiternde Präparat PRISCOL (314) ist zur Behandlung erneut erwähnt. Bezüglich der Vitaminbehandlung wird die schon geübte örtliche Behandlung mit Vit. A weitergeführt.
Rp. Vit. A 30 000 IE
Menthol synth. 0,05 - 0,1
Ol. oliv. ad 30,0 (315) in lokaler Anwendung.
Neu wird eine kombinierte Behandlung mit Streptomycinaerosol, Vit. A und D als Nasentropfen, Vit. A per os, Vit. B parenteral und Vit. C per os (316) empfohlen.
Die schon früher geübte Anwendung von Placentaextrakten wird erneut empfohlen.
Eine neue Kombination, bestehend aus Methyl-Pantothenat, Chlorhydrat der Yohimbinsäure und Phytostimulin (317) zur Allgemeinanwendung ist weiterhin neu angegeben.

Weitere Mittel zur örtlichen Anwendung tauchen in der Literatur auf wie:
NICOTINSÄURE (318), intranasal 0,5 - 0,2 ml täglich.
PANTOMEN (319), Methylpantothenat, Vit. A, E, F, als Salbe und Tropfen.
TISSULANEMULSION (320), Placentaextrakt, pflanzliche Öle, Vit. A.

Zur allgemeinen Anwendung kommen PHENYLÄTHALESSIGSÄURE (321) oral, weiterhin die schon bekannte Therapie mit Autovaccine und Östrogen.

PRESOMEN (322), 20 mg Amp. in 30 ccm Aqua dest. aufgelöst, 3mal täglich auf die Nasenschleimhaut aufgesprüht. Erhaltungsdosis ist notwendig.

Außerdem sollen angeblich die Anwendung des Tuberkulostatikums CYCLOSERIN (323) und des Antibiotikums CEPHARANTIN (324), 2 mg s.c. oder 5 mg i.v., bei allgemeiner Applikation die Erkrankung günstig beeinflussen.

Rhinitis chronica hyperplastica
Zur Allgemeinbehandlung wird DELAGIL (325) in Tablettenform mit einem entzündungswidrigen und antihistaminartigen Effekt empfohlen.
Zur örtlichen Behandlung liegt eine Empfehlung zur Anwendung von NOSOLYT T (326) vor; Natriumalginat, Benzylsenföl, nicht zur Behandlung der Rhinitis allergica und sicca.

Polyposis nasi
Eine Allgemeine Behandlung mit BROMELAIN (327), proteolytisches Ferment der Ananaspflanze und eine örtliche Behandlung mit CALCIUM-CHLORATLÖSUNG (328), 2 %ig sowie DISPHROL (329), Isoephedrin und Disomer, wird empfohlen.

Anosmie
Neue Gesichtspunkte zur Behandlung der Anosmie ergeben sich nicht. Als wesentliche Wirkstoffe werden wie früher das Vit. A in Form von Injektionen oder per oral und auch die Corticoide erwähnt.

Nasennebenhöhlen

Akute Sinusitis
Nach Abschwellen der Ostien mit entsprechenden Nasen-

tropfen werden Spülungen folgender Zusammensetzung empfohlen:

PENICILLIN-HYALURONODASE (330), als Adjuvans zur allgemeinen Antibiotikabehandlung.

SALVICOL-LIQUIDUM (331), als Zusatz zur Spülflüssigkeit, auch als Gel zur Instillation zu verwenden.

MUCOMYST-LÖSUNG (332), N-Acetyl-L-Cystein, 4 - 10 %, soll schleimlösend sein (Nebenwirkung: unangenehmer Geschmack nach der Spülung).

Instillationsbehandlung:

Außer Penicillin und Streptomycin-Instillation werden speziell empfohlen:

TERRACORTIL-GEL (333), Terramycin, Polymixin B, Hydrocortison, 5 - 10 ccm zu einer Füllung.

TETRAN-PULVER-SUSPENSION (334), in vaselinum album, Oxytetracyclin.

TACHOLIQUINSCHAUM (335), mit Antibiotika.

CHEMICYCLIN (336), Chloramphenicol, Tetracyclin, auch oral und parenteral.

Eine reine antibiotische Behandlung wird teilweise abgelehnt, wegen Züchtung virulenter Stämme. Empfohlen wird antibiotische Allgemeinbehandlung plus Schleimhauttoilette mittels Spülung und Instillation.

Über Erfolge bei der Enzymtherapie wird wiederholt berichtet. Neben der bekannten Varidase wird empfohlen:

MUCASE (337), α-Chymotrypsin, Hyaluronidase, i.m.

TRYPSIN (338), nach Spülung instilliert.

LYCOZYM (339), mit Antihistaminikum kombinierbar. Dos.: 16 - 20 mg in 4 Dosen alle 6 Stunden.

Chronische Sinusitis

Von den Corticosteroiden wird angewendet:

DEXAMETHASON (340), per os, 1,0 - 1,5 mg über maximal 3 Wochen.
Ein neues Spülmittel ist JODOLIPOL (341), tägliche Punktion.

Instillationsbehandlung:
MEZ (342), Methylester des Cysteinchlorhydrates, auch als Inhalationsmittel, Supp., Dragées.
BIENENHONIG (343), soll nach erfolgter Spülung instilliert erfolgreich sein.

Am häufigsten werden Enzyme sowohl als Instillationsmittel als auch zur Allgemeinanwendung empfohlen:
DISTREPTASE (344), Distreptase und Penicillin, 5 - 6malige Punktion, jeweils nach der Spülung einbringen.
EMPYNASE (345), Pronase P, Pankreatin, proteolytisches Enzym, per os, instilliert.
ALPHASIN-BUCCAL (346), α-Chymotrypsin, 1 Tablette 10 000 IE, 3mal täglich Tablette in Wangenschleimhauttasche, über 20 Tage lang, auch als Instillation, im Atomiseur und per os anwendbar.
MINATHOL-P (347), Prozyme, Pankreatin, 3mal täglich 1 Kapsel (Nebenwirkung: Ausschlag, Kopfschmerzen, Obstipation).
FAD (348), i.v. und lokale Injektion.
BROMELAIN (349), Ananase, mit Antibiotika besser wirksam (Nebenwirkung: Prothrombinzeit verlängert).
LYSOZYM (350), 9 Tabletten täglich.
PROTEINASE P-741 (351), mit Erythrocin, als Kapseln, 1 Monat lang.

Weitere neue Präparate, die empfohlen werden:
ANAFOCAL (352)
MACROBIN (353), ein Protein-Assimilationshormon i.m., 10 - 30 Tage lang.

SINUPRET (354), Pflanzenextrakte, 3mal täglich 1/2 - 1 Teelöffel.

Kieferhöhlenentzündung im Kindesalter
Positive Berichte liegen vor über:
ALEVAIRE (355), Mischung aus dem Spülmittel Superione, sekretlösend.
NEBULIZER METHODE (356), Corticosteroid, schleimhautabschwellend.

Schleimhautschwäche im Kindesalter soll wie folgt behandelt werden:
2 Jahre tägliche Gabe von 10 % Ca-Ascorbinsäure-Hypolösung (Trinkampulle zu 5 ml), zusätzlich in 2 - 3wöchigen Abständen 200 000 IE Vit. D und 40 000 IE Vit. A (357).

Allgemeinbehandlung:
GLYCYRON (358), Glycyrlytin, Glycyn, Methionin, als Tablette über längere Zeit verabreichen.
SEPHALANTIN (359), 1 mg täglich 2 - 6 Wochen lang.
ASGEN (360), ein Asthmamittel, eignet sich auch zur Behandlung von Nasennebenhöhlenentzündungen bei Kindern.
TTG (361), soll eine ACTH-ähnliche Wirkung haben, Extrakt aus Pseudomonas floureszens. Keine endokrinen Störungen beobachtet.

Behandlung nach Kieferhöhlenoperationen
Bewährt hat sich an lokalen Maßnahmen:
Einstreuen von CIBACOL-Pulver (362) und Tamponade, alle Tage erneuert.

Allgemeinbehandlung der postoperativen Oedeme

TANDERIL (363), 4 Tabletten vor,2 Tabletten nach der Operation, in den nächsten 2 - 3 Tagen 6 Tabletten; 1 Tablette = 100 mg.

VENOSTASIN (364), 5 ccm in 20 % Traubenzucker, davon 5 - 7mal 20 ccm injiziert.

Die Verhinderung akuter Exacerbationen während der postoperativen Prozesse soll mit SYNCEPEN (365) erreicht werden.

Trigeminusneuralgie

Die früher örtliche Behandlung durch Anaesthesie der Nervenaustrittspunkte mit Lokalanaesthesie wird weiter geübt. Eine Kombination von LARGACTIL-NOVOCAIN (366), 2 - 4 % Novocain mit Zusatz von 2,5 - 5 mg Largactil, wird empfohlen. Es sollen Injektionen in 3 - 8tägigen Intervallen durchgeführt werden.

Die früher schon empfohlene Anwendung von HISTAMIN (367) wird erneut publiziert; intravenöse Injektion von 0,001 Histamin in 500 ccm physiologischer Kochsalzlösung. Das bewährte TEGRETAL (368) wird erneut in seiner Wirkung bestätigt. Auch die IMINOSTILBEN-Derivat-Behandlung (369) wird als brauchbar empfohlen.

Mundhöhle

Lippen

Faulecke (Angulus infectiosus oris, Perlêche)
Es wird die örtliche Behandlung mit SALVIZOL-Creme (370), (Decamethylenamin-chinaldinium-diacetat) geübt. Sie soll nach durchschnittlich 3 Tagen eine Ausheilung der Faulecke bringen.

Bei Glossitis, angulärer Cheilitis und Prothesenstomatitis soll NYSTATIN (371) bei Medikation über 3 Wochen eine günstige Wirkung ausüben.

Herpes labialis
Eine Beschleunigung der Heilung soll mit TRIAMCINOLON-ACETONID (372) erreicht werden. Jedoch können Rezidive bei rezidivierendem Herpes simplex damit nicht verhindert werden.

Mundschleimhaut

Foetor ex ore
Als neues Desodorans wird PROMODOL (373) angegeben. Es handelt sich dabei um ein Filtrat aus Schimmelpilzen und soll eine sofortige Beseitigung des Mundgeruches durch fermentative Neutralisation der Geruchsstoffe bewirken. Das Präparat wird in Form von Lutschtabletten bei jeder Form von Foetor ex ore empfohlen.

Stomatitis simplex
Allgemeinbehandlung:
Multivitamintherapie mit B-Komplex und Ascorbinsäure (374), (besonders bei längerer Antibiotikatherapie angezeigt). LYSOZYM (375), (bei reaktiver Stomatitis, die

unter Antibiotikabehandlung auftritt, parenteral, führt rasch zum Rückgang).

Eine Kombination von COLISTIN-Penicillin (376) hat sich bei Mundschleimhautinfektionen bewährt.

Mundspülungen:

GUMOX (377), Ascorbinsäure, Natriumperborat, Kupfersulfat; die Tabletten werden in Wasser aufgelöst und Mundbäder durchgeführt.

Lutschtabletten:

ROTERSEPT-Lutschtabletten (378), Chlorhexidin, auch bei Soor erfolgreich.

Weitere Mittel zur lokalen Anwendung:

ESTOSAN-Konzentrat (379), hochmolekularer organischer Gerbstoff.

DEQUADIN (siehe 218)

IPSIRON (380), ε-Aminocapronsäure, ein Antiplasminwirkstoff.

Antibiotische Mittel:

VIBEROL mit Thyrothricin (381), eine Kombination von Formaldehyd und Thyrothricin.

GOLAMIXIN-Spray (382), Thyrothricin, Cetrimid, Benzocain.

Stomatitis ulcerosa

Es wird die parenterale Gabe von Breitbandantibiotika empfohlen. Bei resistenten Stämmen: NITOFURAN und GINGIVITAL (383), (flüssig und filmbildend, Äthacridinlacetat und Exychinolin).

Stomatitis aphthosa

Pinselungen:

$ZnCl_2$ (384), 1 %, günstige Wirkung.

P.V.P. Jodlösung (385), Polyvinyl-pylosidon, soll sehr wirksam sein.

Pasten:

EMANIL, DONTISOLON (neuerdings: DONTISOLON P, Predniso-

lonacetat, Neomycinhydrochlorid, Trypsin-Chymotrypsingemisch) und
HERVIROS, ORABASE (386).

Lutschtabletten:
VIRUSEEN HOMMEL (387), Poly-Methylendiäthylendiamin, auch als Spray und Kaugummi.

Allgemeinbehandlung:
Vit. B_{12}, Fe, Ascorbisonsäure (388), parenteral.
TRANSAMIN (389), ein antiplasmatisches Mittel, i.v., mit schmerzstillender Wirkung.

Rezidivierende Aphthen
Bewährt haben sich: Siehe (386)

Allgemeinanwendung:
BENICOT, NICOBION i.v., (siehe 386).
PREDONIN (390), Corticoid, in absteigenden Dosen von 20 mg zu 10 mg in 10 Tagen.

Mykosen
Beim Soor des Säuglings hat sich das lokale Chemotherapeutikum SALIVIZOL (391) bewährt.
Bei Monilainfektionen werden günstige Resultate erzielt mit:
AMPHOTHERICIN B (392), als Paste, Salbe, Pulver und i.v., aus Streptomyces gewonnen.

Leukoplakie
Sichtbare Erfolge sind erreicht worden mit:
TRIAMCINOLON (393), 40 mg täglich innerhalb der ersten 3 Tage und lokale Applikation von 0,1 % Delphicortsalbe.

Zunge

Schwarze Haarzunge

Prompte Besserungen wurden mit ORABASE (394), Triamcinolonacetonid in lokaler Anwendung erreicht.

Zungenbrennen

10 % Chromsäure und 10 % Silbernitratlösung (395).

Kiefergelenk

Keine neuen Aspekte.

Speicheldrüsen

Parotitis epidemica

Günstige Erfahrungen wurden mit HIRUDOID-Salbe (396) durch Aufstreichen gemacht. Die schmerzhafte Parotisschwellung soll zurückgehen.

Akute hämatogen-bacterielle Entzündung

Neue Erfahrungen wurden mit dem schon bekannten TRASYLOL (397) gemacht. Es hemmt die Freisetzung von proteolytischen Fermenten; hierbei handelt es sich um eine Inaktivitätstherapie.

Speichelsteine

Chemische Auflösung soll mit den Fertigpräparaten TRITIPLEX und CHELAPLEX (398), (EDTA-haltig und Bicarbonat, Instillation von 10 ml in das Kanalsystem) zum Erfolg führen.

Sialopenie

Besser als Pilocarpin und Vitamine soll sich ein PAROTIS-EXTRAKT (399) bewährt haben (Dosierung: 15 Injektionen).

Glossopharyngeusneuralgie
Neu empfohlen wird TEGRETOL (400), Carbamazepin.

Rachen

Schleimhaut

Paryngitis acuta
Zur lokalen Behandlung werden empfohlen:
Sprühmittel:
RIFAMICIN (siehe 220)
ANTIBIOPHAGINE (401), auch i.m., 1. Gemisch polyvalenter Bacteriophagen, 2. gezielte Antibiotika.

Antiseptica:
THYROTHRICIN (402)
PVP-Jodlösung (403)
VIRUSEEN-HOMMEL (404)
RESYL (405), Guajakolpräparat, schleimlösend, hustenstillend.

Zur allgemeinen Behandlung werden empfohlen:
NAFCILLIN (406), halbsynthetisch, penicillinaseresistent, (Dosierung: zu Beginn 1 Injektion von 500 mg i.m. und fortlaufend 3mal täglich 250 mg oral).
KALIUMPHENOXYMETHYL-Penicillin (407), bei Streptokokkenpharyngitis, (Dosierung: 750 mg täglich, 10 Tage lang)
ERYTHROMYCIN-Propionat (408), mit Kalium-Penicillin V, Streptokokkenpharyngitis (Dosierung: 750 mg oral, 10 Tage lang).
TONINTROCHE (409), Protease aus Kulturen von Bacillus subtilis (Nebenwirkung: unangenehmer Geschmack), Dosierung: 5 Tabletten täglich.

Bei virusbedingter Pharyngitis hat sich das Wismutpräparat BISTRIMATE (410) bewährt.

Pharyngitis chronica sicca bzw. atrophicans

Mittel zur Lokalbehandlung:

Neu ist die Anwendung von NOVOCAIN (411). Es soll eine antiphlogistische Wirkung auf die Präarteriolen haben. Jeden 2. Tag intra- oder submucös 5 - 12 Quaddeln setzen. Erfolge sollen sich nach 1 - 2 Jahren einstellen.

PLACENTA-FILATOW (412), mit 2 - 4 % Novocainlösung, 1 Ampulle 4 - 6mal wiederholt in 2 - 6tägigen Abständen.

ARGININ-ÄPFELSÄURE (413), empfohlen wird die lokale und interne Anwendung.

HISTALGON(414), soll in die Head'schen Zonen appliziert werden.

Pharyngitis chronica hyperplastica

Rein lokale Beeinflussung der Pharynxschleimhaut durch:

HEPARIN-LIPOCAIQUE (415), 2 Dragées sublingual, über 2-3 Wochen, Wiederholung nach 4wöchiger Pause.

GLY-OXIDE (416), 8-Hydroxychinolin, 10 % Harnstoffperoxydlösung mit Glycerinzusatz.

ANAFOCAL (417), Erfolge nach 4 Wochen (keine Nebenwirkungen beobachtet).

Globusgefühl (Globus hystericus)

Ein neues Sedativum ist BALANCE (418), Chlordiazepoxid, ein Tranquilizer (Dosierung: 3mal täglich 1 Kapsel à 10 mg für 3 - 115 Tage.

Weitere bewährte Mittel:

DIPHENYL-HYDANTOIN oder NOVOCAININFILTRATION (419)

γ-ORYZANOL (420), 9 Tabletten 2 - 4 Wochen lang.

CEPHARANTIN (421)

Neu ist die Anwendung von PREDNISOLON (422), 15 mg täglich, abfallend bis zu 100 mg Gesamtmenge.

Tonsillen

Tonsillitis acuta (Angina)
Neu ist die Anwendung von EPSIKRON (423), ε-Aminocapronsäure, dieser Plasmainhibitor hemmt die Entzündungsvorgänge.
TRANSAMIN DV 79 (389), ein antiplasmisches Mittel, hat jedoch vorübergehend Nebenwirkungen (Nausea, Erröten des Gesichtes, Harndrang), auch i.v. bei vorausgegangener Tonsillektomie mit schmerzstillender Wirkung.
EPENTI (424), ein Wismutpräparat, das rektal angewandt wird.
Aus der Antibiotikareihe, die aber nur bei Gefahr der lokalen oder allgemeinen Komplikation verabreicht werden sollen, werden empfohlen:
CHLORPROMAZIN (425), wirkt besonders auf Streptokokken und Staphylokokken, sedierende Wirkung auf das Nervensystem.
PENICILLIN-NOVOCAIN (426), 1 - 1,5 ml mit 200 000 IE Penicillin in jede Tonsille injiziert.
TRIACETHYLOLEANDOMYCIN (427), wird auch als antibiotischer Schutz bei Peritonsillarabszeß empfohlen (Dosis: 4mal täglich 250 mg 5 Tage lang; Kinder 30 mg/kg Körpergewicht und Tag).

Herpangina
Antibiotika und Sulfonamide sind unwirksam. Bewährt hat sich die Gabe von PYRAMIDON (428), mit Vit. C.

Plaut-Vincent-Angina
CHROMSÄURE (429), als Pinselung erfolgreich angewandt.

Unerwartet gute Ergebnisse sollen in der allgemeinen Behandlung von SULFABINCAF (430), ein Chloramphenicol-Sulfonamid, erreicht worden sein.

Tonsillenmykose

KUPFERSULFAT (431), an 3 aufeinanderfolgenden Tagen Bestreichen der Tonsillen (Nebenwirkung: metallischer Geschmack).

Chronische Tonsillitis

Immer wieder wird eine antibiotische Therapie mit lokaler Anwendung vorgeschlagen.

Lokale Mittel:

ANTISEPTISCHE PARAFINPASTE (432), Norsulfazol, Albucid, Furacillin.

FORMALDEHYD-THROTHRICIN (433), schmerzstillend.

SYNTHOMYCIN-ERYTHROMYCIN (434), ein Ölsuspension, 10mal jeden 2. Tag in Lacunen instilliert, auch zur Dämpfung entzündlicher Reaktionen bei vorgesehener Tonsillektomie.

SPIRITUS-NOVOCAINLÖSUNG (435), 50 % Spiritus, 1 % Novocain, 0,5 ccm in jede Tonsille 3fach injiziert im Abstand von 3 - 7 Tagen.

Die Allgemeinanwendung von PENICILLIN-Depot (436) soll bei Gefahr der Komplikation sicherer sein als Sulfonamide.

PREDNISON (437), 15 - 25 mg täglich, Gesamtdosis 45 - 250 mg, die Gefäßbrüchigkeit soll damit vermindert werden.

Bei der Behandlung der chronischen Tonsillitis bei Kindern sollen sich bewährt haben:

NOVOCAIN (438), 5 ccm alkohol. absolut. auf 95 ccm

0,5 % Novocainlösung, an 3 aufeinanderfolgenden Tagen je 1 Injektion von 5 - 6 ccm.

TONSILLIN (MEREFIT) (439), sind Präparate auf biologischer Grundlage.

Prä- und postoperative Medikamente bei Tonsillektomie:

Praeoperativ:

TRIFLUPROMAZIN (440) = PSYQUIL 0,2 - 0,3 mg/kg K.Gew. i.m. wird beruhigend, Abschwächung des Würgereizes, gut verträglich, wird 5 - 10 Minuten vor dem Eingriff gegeben (gelegentlich 10 - 30 mm Hg Blutdruckabfall).

BELLAFOLIN (441), Phenobarbital, zur Praemedikation bei Tonsillektomie in Lokalanaesthesie. Vorteil: zeitliche Unabhängigkeit vom Operationstermin.

Postoperativ:

Antibiotika:

VIBEROL -THYROTHRICIN-GURGELMITTEL (442), eine Komponente bindet Schleim, ist antiseptisch und pilztötend; die zweite Komponente ist ein vernarbendes Breitbandantibiotikum.

Wiederholte positive Berichte über:

ORABIOTIC (443), Neomycin, Gramicidin, Propesin, eine analgetisch antibiotische Lutschtablette, 4mal täglich 1 Tablette bis 5 Tage lang.

PENICILLIN 200 (444), zur Prophylaxe, um entzündliche Reaktionen nach Tonsillektomie auszuschließen.

Kombination von PENICILLIN O, CHLOROPROCAIN, LIDOCAIN, DEPOT-MEDROL (445), zur Milderung von Schmerz und Infektion geeignet, lokale Applikation, unmittelbar nach Tonsillektomie 0,5 - 5,0 ml ins Tonsillenbett injiziert.

Cortisone:

TERRA-CORTILSPRAY (446), 4mal täglich in Wundnischen, wirkt schmerzstillend.

DEXAMETHASON und DEXTRO-CHLORPROFEN-PYRIDAMIN-POLARAMIN (447), ein Antihistaminikum, fördert die Narbenbildung.

Hauptsächlich schmerzlindernde Präparate, die sich nach Tonsillektomie bewährt haben, sind:

PROCAIN-RITARDI (448), Pinselung der Tonsillennischen, keine Nebenwirkungen.

CODEIN (449), 0,02 ccm/500 g K.Gew. und zwar 20 mg/ccm Codein.

XYLOCAIN (450), in viscöser Form, per oral (Nebenwirkung: Obelkeit, Erbrechen, Magenbeschwerden).

DV 810/2 (451), Hexomedin und Tetracain.

CHLORASEPTIC (452), Spray, alle 3 Stunden 5mal sprühen, beschleunigt Wundheilung und beseitigt Trockenheit.

RIDOL-SUPP. (453), rectal, sedative und tussive Eigenschaften.

Kombination von: Depot-Cer-O-Cillin 150 000 IE
Depot-Medrol 4 mg
Lidocain 1,8% (454)
Injektion erfolgt sofort nach Tonsillektomie, noch im Schlaf wird die Injektion tief in Tonsillarfossa gegeben.

PHENYLBUTAZON (455), als Kompressen verwendet.

LYSOZYM (456), 50 mg wird mit Lokalanaesthetikum injiziert.

LYSOZYM-Tabletten (457), 0,002 g Papain, 0,05 g Lysozym, 200 IE Bacitracin. Schmerz- und blutstillend, als Sublingualtablette.

TANDERIL (458), bei Erwachsenen am Operationstag und folgenden 4 Tagen 3mal 250 mg als Supp., Kinder 3mal 100 mg als Supp, auch oral als Tabletten erhältlich.

Kehlkopf

Schleimhaut
Verätzung
Wie bei Rachen- und Speiseröhrenverätzungen hat sich NOVOCAIN (459) bewährt (0,5 - 1,0 %).
Behandlungsschema:
1. Die ersten 3 Tage 2 - 3mal täglich 5 - 10 ml einer 0,5 - 1,0 % Novocainlösung und 10 ml einer 40 % Traubenzuckerlösung i.v. gegeben. Ab 4. Tag für 10 Tage eine Injektion.
2. Eine 0,5 % Novocainlösung zum Sprühen des Mundrachens. In den ersten 5 - 6 Tagen jede Stunde sprühen.

Nach Laryngektomie hat sich die lokale Injektion von HYALURONIDASE (460) weiter bewährt (Richtdosis: 250 IE 5 - 10mal jeden 2. Tag).

Akute Laryngitis
Neu bewährt haben sich folgende Aerosole:
GLYCERO-MERFEN (461), organische Hg-Verbindung, bactericid, sporicid, fungicide und virucide Wirkung.
TIOCENTINA-GLICINATO (462), Thiophenicol-Derivat.

Inhalationsmittel:
ANETOLINHALATION (463), Guayacol enthaltend, wirkt schleimlösend.
RINDERON (464), ß-Methasondinatriumphosphat.
Das Ferment PARATRYPSIN (465) mit Antibiotika und Cortison hat sich ebenfalls bewährt, ebenso ATP (466).

Hustenmittel:
Die Kombination von Dioxythedrin, Codein und Promethacin (467) soll günstig sein.

Bei der nicht-diphtherischen akuten Laryngitis beim Kind hat sich CORTISON (468) i.v. bewährt.

Laryngitis subglottica

Keine neuen Gesichtspunkte. Es wird weiterhin positiv bon Corticosteroidanwendung berichtet.
ULTRACORTEN oder ULTRACORTEN H solubile (469), Richtdosis: 1 mg täglich und kg K.Gew. per os oder parenteral 10 Tage lang.

Laryngitis chronica atrophicans

Hier werden Fermente erfolgreich verwendet.
NEUZYM (LYSOZYM)(470), oral 60 - 120 mg täglich, 2 - 4 Wochen lang.
TRYPSIN (471), lyophilisiert, 25 mg in 5 ml NaCl-Lösung bei Kanüle oder als Aerosol 15 - 20 Minuten eingeatmet.

Chronisch hyperplastische Laryngitis

Der antiphlogistische Effekt von Cortison wird weiterhin erfolgreich ausgenutzt.
PREDONIN (472), Dosis 1mal 2,5 mg intralaryngeal, bis 20 Injektionen sind erforderlich.
TANDERIL (473), 400 - 600 mg täglich.
Bei beiden Formen der chronischen Laryngitis werden schwefelhaltige Thermalwasser empfohlen (474). Kur: 10 - 20 Tage feucht-warm inhalieren.

Larynxpapillome

Neben der chirurgischen Therapie wird die Podophyllinbehandlung weiterhin erfolgreich angewendet. Verschiedene Zusammensetzungen und Dosierungen werden empfohlen:
Rp. Podophyllin 4,5
Acid.salicylic. 3,0
Triäthylenglykol 25,0
Ol. menth. piperit. gtt. V, Pinselung (475).

Rp. Podophyllin-Chelidoninlösung, Pinselung 1 Woche täglich (476).
Rp. Podophyllin-Harz (477).
Rp. Podophyllin 30 % in Alkohol (478).
Auch die bedenkliche AUREOMYCIN- und ACHROMYCIN-Therapie (479) wird angewandt (Dosis: Kinder 500 - 750 mg täglich, Erwachsene 100 mg täglich über 14 - 86 Tage).
Bei Kindern wird neuerdings VIT A (480), 40 000 IE, empfohlen.

Sprach- und Stimmstörungen

Stottern
Neue Tranquillizer wie Trioxasin und Andaxin sind untersucht, jedoch sind keine eindeutigen Erfolge erzielt worden.
Verwendet wird das Hydantionderivat CARBAMAT (481), das zentral stimulierend wirkt. Zur Sedierung wird ALLOTROPAL (482) angewandt. Erfolge wurden bei 5 - 12jährigen bei der Verwendung von HALOPERIDOL (483) beschrieben.
LIBRIUM (484) wird lediglich als Adjuvans bei der Sprachübung empfohlen.

Recurrensparese
Idiopathische Lähmung
Neuerdings mit CORTISON (485), 5mal in 10 Tagen 0,5 ml in das Cricoarytaenoidgelenk.
Muskuläre Lähmung
TTFD (Thiamin-tetrahydrofurfuryldisulfid (486) i.v.

Bei einseitigen Stimmbandläsionen
TEFLONPASTE (487), wird in das Stimmband injiziert.
Frau: 0,5 ccm, Mann: 0,75 ccm.

Bei der Dysphinia spastica haben sich bemerkenswerte Erfolge mit SCOPOLAMIN-hydrobromid und MYANOL (488) eingestellt.

Speiseröhre

Chemische Verletzung
Steroidtherapie wird weiterhin gegen Strikturen bei Laugenverätzungen genommen. Sie wird teils mit Antibiotika kombiniert verwendet. Über die Dauer der Anwendung und über die Dosierung werden unterschiedliche Angaben gemacht. Im allgemeinen wird auf den endoskopischen Befund hingewiesen, der die Einleitung, Durchführung und Absetzung des Cortisons bestimmt.
Dosierungsvorschläge:
3 Tage 300 mg täglich, 5 - 6 Tage 200 mg täglich, 4 - 5 Wochen 100 mg täglich. Beginn 2 - 3 Stunden nach der Verätzung (489).
oder:
200 mg über 6 Tage, danach 50 mg 45 Tage (490).
Die gleichzeitige Gabe von Antibiotika wird angeraten.

Zur Nachbehandlung von Speiseröhrenverätzungen wird die Anwendung von PLASMAKONSERVEN (491) im Abstand von 3 - 5 Tagen empfohlen. Die Narben sollen dadurch weich und nachgiebig werden. Außerdem soll die Anwendung von NOVOCAIN (492) erfolgreich sein (Dosierung: 2 - 3 Tage 2 - 3mal täglich eine Mischspritze von 5 - 10 ml 0,5 - 1,0 % Novocainlösung und 10 ml 40 % Traubenzuckerlösung i.v.. Dazu 1,5 % Novocainlösung zum Gurgeln und Verschlucken).

Bei Verbrennung wird ebenfalls Novocain empfohlen. Dosierung: 1,5 % Novocain i.v., 1 % Novocainlösung eß-

löffelweise per os, dazu Ol. olivarum mit Antibiotika (493).
Posttraumatische Narbenstrikturen wurden mit LIDASE (494), aus Testikelgewebe von geschlechtsreifem Vieh gewonnen, erfolgreich behandelt.

Oesophagusvarizen
Akute Blutung: PITIUTIN S (495), HHL-Präparat, senkt den portalen Druck für 45 - 50 Minuten bis zu 50 %.
Kontraindikation: Angina pectoris, Coronargefäßerkrankungen (Nebenwirkungen: Krampfgefühl im Abdomen).
Dosierung: 20 klin. Einheiten i.v., eventuell nach 4 Stunden wiederholen.

Candidamykose des Oesophagus
NYSTATIN (496) führt zu rascher Heilung.

Reflexoesophagitis
Dauertropf mittels nasalen Katheters über mehrere Wochen mit ANTACIDA (497).

Infektionskrankheiten

Aktinomykose
Erfolgreich ist noch immer die Penicillin- und Tetracyclintherapie.
TETRACYCLINE (498), 500 mg alle 4 - 6 Stunden.
STREPTOMYCIN-PENICILLIN (499), mit Hyaluronidasezusatz, lokal 0,5 g Streptomycin, 300 000 E Penicillin, in 3 ml physiol. NaCl mit 150 E Hyaluronidase.
STREPTOMYCIN-IONISATION (500), 1/2 Stunde täglich Iontophorese mit Streptomycin 0,1:20, Behandlungsdauer 11 - 40 Tage. Bei tief liegenden Prozessen

gleichzeitige antibiotische Allgemeinbehandlung.
ACTINOMYCES-VACCINE (501), kombiniert mit chirurgischer, stimulierender sowie allgemeiner und lokaler antibiotischer Therapie.

Tuberkulose des Kehlkopfes
Heute nur noch Allgemeinbehandlung mit Streptomycin, INH auch mit Cortison kombiniert.
Neu ist die endobronchiale Anwendung von RIFAMYCIN SV (502), Dosierung: 100 - 150 mg täglich.

Sklerom (Rhinosklerom, Sklerom der oberen Luftwege)
Streptomycinbehandlung bis 200 mg Gesamtdosis wird weiterhin praktiziert.
Neu ist die Kombination von STREPTOMYCIN-CORTISON (503), sehr gute Erfahrungen mit stoßweiser Behandlung. Dosierung: Streptomycin 150 mg Gesamtdosis, während 30 Tagen täglich 1 g Streptomycin und 350 - 400 mg Cortison in absteigender Dosis. Zwischen den Behandlungsstößen maximal 2 Monate Intervall.
Neu ist die Anwendung von HYALUTONIDASE (504), 64 E in erkranktes Gebiet injiziert, in 1 ml einer 0,5 % Novocainlösung aufgelöst, 5 - 20 Injektionen in eintägigem Abstand.
Ein Hyaluronsäurepräparat ist REGENERATOR (505).

Zytostatische Behandlung maligner Tumoren

Intratumorale Injektionen werden weiterhin versucht mit Trenimon, neuerdings zusammen mit HYALURONIDASE (506), Methotrexat und Bayer E 39.

Allgemeinbehandlung mit Zytostatica
Endoxan wird weiterhin in Kombination mit chirurgischer

Therapie und Telekobaldbestrahlung empfohlen. Gute Heilwirkung besonders auf lymphoretikuläres Gewebe.
Bösartige Tumoren der Mundhöhle werden mit 6-AZA-URACIL (507) behandelt, jedoch keine endgültige Heilung.
Das eosinophile Granulom wurde erfolgreich mit CORTI-COIDEN (508) behandelt.
Neu ist die Anwendung des Antibiotikums AURANTIN (509), das bei Lymphogranulomatose angewandt wurde, und zwar 500 - 800 i.v. jeden 2. oder 3. Tag.

Anaesthesie

Lokalanaesthesie

Oberflächenanaesthesie

Das Pantocainpräparat GINGICAIN NEU (510), als Aerosol, es zeichnet sich durch schnellen Wirkungseintritt aus und soll sich bestens bewährt haben.

Neu sind außerdem DICAIN (511), 0,25 - 3 % Lösung.
AETHAMIN (512), 3 - 5 % Lösung.

XYLOCAIN als XYLOCAINSALBE (513), 4 %, Wirkungsdauer 1 - 5 Stunden, zur Anaesthesie der Kieferhöhlen-innenflächen bei Radikaloperationen soll es ausreichend sein.

CYCLAIN (514), Spray (Nebenwirkung: tonisch-klinische Krämpfe beobachtet).

Infiltrationsanaesthesie

Ein neues Lokalanaesthetikum, von dem in der Literatur wiederholt positiv berichtet wird, ist das SCANDICAIN (CARBOCAIN) (515); es wurde aus Lidocain entwickelt. Es zeichnet sich aus durch raschen Wirkungseintritt; ist vasokonstriktorisch und nicht toxisch.

Weiter neue Mittel sind:

XYCAIN (516), 0,5 und 1 % hält länger als Novocain an, findet bei Tonsillektomie Verwendung.

XYLIN (517), wird auch zur Oberflächenanaesthesie verwandt.

L 67 (518), 4 %, vom Anilidtyp, zur Weichteilanaesthesie und zur Zahnanaesthesie geeignet, es soll nur 60 % der Toxicität vom Xylocain haben.

SUMICAIN (519) = Kallokain, rascher Wirkungseintritt, wenig toxisch, lang anhaltend.

SMYCAIN (520), 4 %, zur Oberflächenanaesthesie 1 % verwendet.

PROMETHAZIN (521), Pipolphen, bestens bewährt, bei i.c. mitunter Nekrosen, 2,5 % Lösung.
LIGNOCAIN (522), 1 % als Spray oder instilliert, geeignet zur Anaesthesie des Tracheobronchialbaumes.
DYCLONIN (523), 0,5 - 1 %, große Sicherheitsbreite, bakterícide und fungicide Wirkung. Es soll mit 100 mg Penobarbital oral 90 Minuten vorher prämediziert werden.
DIMEDROL (524), 10 % Lösung, ein Antihistaminikum, hat sich bei Naseneingriffen bewährt.
TRIPELENAMIN (525) = Pyribenzamin mit 0,5 % Tetracain, geeignet für perorale Endoskopie und Bronchogramme. 10 ccm 2 % Lösung: 5 ccm in den Sinus piriformis, 5 ccm in die Trachea.

Neue Vasokonstringentien anstelle von Adrenalin:
OCTAPRESSIN (526), Phenylalanin-Lysin-Vasopressin;
Vorteile gegenüber Adrenalin:
1. geringere Nachblutungsgefahr
2. Kreislaufschonung.
Nachteil: geringere lokal ischämische Wirkung. Indiziert bei Vasolabilität, Kollapsneigung, Adrenalinempfindlichkeit.

Praemedikation der Lokalanaesthesie

Praemedikation beim Erwachsenen
Weiterhin erfolgreich werden verwendet: Dominal, Psyquil.

Neue Mittel sind:
PENTOTHAL (527), 15 - 20 mg/500 g K.Gew., rektal, es macht keine respiratorischen oder anderen Komplikationen. Oberwachung vom Augenblick der rektalen Applikation bis zur Narkose ist nötig.

VOMEX A (528), 100 mg am Vorabend und 2 Stunden vor Narkosebeginn.

TARACTAN (529), 1/2 Stunde vor der Operation injiziert, Dosierung: 2 - 3 ccm, Kinder 1 - 1,2 mg/kg.K.Gew. i.m., soll sehr wirksam sein.

Praemedikation zur endoskopischen Untersuchung

Erfolgreich werden verwendet:

LOMISAT (530), Kontraindikation bei chronischen Alkoholikern.

DIAZEPAM (531), = Valium, mit Meperidin kombiniert, soll ausgezeichnete körperliche und psychische Entspanntheit geben, i.v..

HH 97 (532), Citrat des Phenyl-Äthylacetatesters des Diäthylaminoäthoxyäthanols.

HALONISON und PALFIUM (533), wirkt als Neuroleptanalgesie.

VIADRIL (534), ein Steroid, 250 ccm Glucoselösung mit 5 mg Viadril pro kg K.Gew., mittel Transfusion appliziert.

DOMINAL (535), 40 - 60 mg.

TESSALON (536), 10 mg 15 Minuten vor der Untersuchung i.v., keine cardiovasculären und zentralen Nebenerscheinungen beobachtet, die Wirkung hört nach zwei Stunden auf.

NISIDINA PLUS (537), als Tablette oder Zäpfchen anzuwenden.

SILOMAT (538), wird kurz vor dem Eingriff i.m. gegeben.

KAT 256 (539), besonders hustensedierend.

Ober eine Methode der Reflex-Schmerzausschaltung in der Endoskopie wird berichtet: 500 ccm Tropfeninfusion bestehend aus: 50 mg Dolosal, 50 mg Taracton, 50 mg Spartein.

Keine Allgemeinnarkose, keine Schleimhautanaesthesie, der Patient bleibt ansprechbar. (540)

Praemedikation für Kinder

Das oben erwähnte Taractan wird besonders bei Kindern empfohlen. Librium soll sich bei Kindern ebenfalls eignen. Es soll keinen Einfluß auf Blutungsneigung, Blutdruckanstieg oder Blutdruckabfall haben. Analgetisch, sedativ und antipyretisch wirken die CIBALEN-Kinderzäpfchen (541); prae- und postoperativ bei Tonsillektomie empfohlen. Günstige Erfahrungen wurden noch mit HYDROXYZIN (542), ebenfalls bei Tonsillektomie, gemacht.

Schmerzbekämpfung bei HNO-Operationen

CONTRADOL (543), per lingual, nach Tonsillektomie.

DOLO-BUSCOPAN (544), Supp. Erwachsene: Spasmocibalgin comb., Kinder: Spasmocibalgin, besonders zur Schmerzbekämpfung nach Tonsillektomie.

LONARID (545), als Tabletten, Suppositorien, sehr gut bewährt, gut verträglich auch bei Kindern.

Allgemeinbetäubung

Praemedikation

VEROPHEN (546), Phenothiazinpräparat, 1/2 - 1 mg/kg K.Gew.

PALFIUM (547), Pyrrolamidol, unmittelbar vor dem Eingriff geben, Schmerzsensationen werden herabgesetzt. Schluck- und Hustenreflex bleiben erhalten. Blutungsgefahr vermindert. Bei hohen Dosen sind Atemdepressionen beobachtet worden.

BP 400 (548), ersetzt die Praemedikation durch Atropin, starke Antihistaminwirkung, größere therapeutische Breite als Atropin.

SCTZ (549), Derivat des Thiazolkerns im Vit. B_1, wirkt hypnotisch.

ENDOKAMIN mit MICOREN (550), Scopolamin hydrochlor. 0,0005 mit Eukodal 0,01, beeinflußt die Atmung günstig.

VESPRIN (551), Hemmungsfunktion gegen Nausea und Erbrechen, wirkt stärker als Chlorpromazin, besonders nach Allgemeinnarkose wirksam. Multiplizierende Funktion mit Barbituraten bzw. Morphin. Leichter Blutdruckabfall beobachtet.

Narkotika, die im Fachgebiet Anwendung finden:

FLUOROMAR (552), Trifluoräthylvinyläther, brennbar, rasches Einschlafen ohne Excitation, völliges Erschlaffen der Muskulatur bei partieller Erhaltung lebensnotwendiger Reflexe, der Eingriff darf nur 5 Minuten dauern. Fluormar wird auch zusammen mit Lachgas verwendet.

Für Laryngektomien und in der Ohrmikrochirurgie wird neuerdings METHOXYFLURON (553), nicht brennbare, nicht reizende, angenehm riechende Flüssigkeit verwendet.

Narkotika zur intravenösen Anwendung:

Barbiturate: EUNAL (554), sichere Wirkung, besonders bei Kindern geeignet.

DERIVAT 25398 (555), ultrakurze Wirkung, 6 - 8 Minuten Dauer, rasches und angenehmes Erwachen.

Wiederholt positive Berichte sind zu finden über das Ultrakurznarkotikum EPONTOL (556) = Bayer 1420, Dauer 6 Minuten, schnelles Einschlafen und schnelles Erwachen auch ohne Praemedikation. Kurz dauernde Hyperventilation im Beginn des Einschlafens ohne besondere Excitation. Gute Verträglichkeit durch schnellen Abbau. Gute Venenverträglichkeit.

Kontraindikation: akuter und chronischer Alkoholismus.

ESTRIL (557), 3 Minuten anhaltend, Hyperventilation bei Narkoseeintritt, anschließend Apnoe.

PHENYLESSIGSÄUREDERIVAT (558), 5 %, geeignet für Kinder-Tonsillektomie am hängenden Kopf, rascher Eintritt, kurze Wirkungsdauer, keine Vagusreizung, läßt sich unbedenklich nachinjizieren.

Kinder 4 - 6 Jahre 0,2 g
6 - 10 Jahre 0,2 - 0,3 g
10 - 16 Jahre 0,3 - 0,5 g

BREVITAL (559), geringe Narkosetiefe, kurze Erholungszeit, Schluckreflex bleibt erhalten, geeignet für ambulante Mundchirurgie.

Neuroleptanalgesie im Fachgebiet

DEHYDROBENZPERIDOL (560), mit Fentanyl, durch Lachgas verstärkt.

Als Zusatz zur Neuroleptanalgesie wird DIHYDROHYDROXYCODEINONPECTINAT (561) empfohlen, mit dem eine raschere und längere Wirkung erreicht wird.

Blutstillung und Blutersatz

Medikamentöse Blutstillung

Lokale Mittel
Das schon bekannte Thrombocytenpräparat ALEXAN wird weiterhin verwendet.

Neue Hämostyptika sind:
EMEX (562), Schwefelester von Adenochromsemicarbazon, wirkt auf Blutgerinnungszeit und Kapillarbrüchigkeit. Dosierung: 2 Ampullen täglich zu 2 ccm i.m. oder lokale Instillation, 5 Tage lang postoperativ.
ALBOTHYL (563), 36 % wässriges Konzentrat der polykondensierten Metakresolsulfonsäure, eiweißfällend, baktericid, adstringierend; Touchierung des Wundbettes.
TROSTIN M (564), Thromboplastin 25 mg, -Aminocapronsäure 100 mg pro Ampulle; Dosierung: 1 - 2 Ampullen vor OP lokal injiziert oder Tamponade, die Wirkung hält etwa 2 Stunden an.
GÜRSOTOXIN (565), Schlangengift von vipera lebetina, Verdünnung 1 : 10 000, als Tamponade 1/2 - 1 Minute auf die postoperative Tonsille.
SCHNAUFELZAHNSAFT mit Gelatine (566), antibakteriell und epithelisationsfördernd.

Bei Nasenbluten wird empfohlen:
Altersbedingt PROCAIN (567), Infiltration von 1 % Lösung.
Kinder: THROMBIN mit Procainzusatz und Vit. K (568), 2 - 3 ml infiltriert.

Allgemeinmittel:
Wiederholt positive Berichte in der Literatur über DICY-

NON (569), synthetisches Cycloamin, vermindert die Blutungszeit, ohne die Gerinnungszeit zu beeinträchtigen; Thrombocytenvermehrung. Dosierung: Am Vorabend 2 Ampullen zu 250 mg i.v., die gleiche Dosis 1 Stunde vor der Operation und am Abend des Operationstages. 1 Ampulle noch am folgenden Tag, auch per os und rektal anwendbare Präparate.

Das Östrogenpräparat Presomen hat sich weiter gut bewährt. Es ist auch unter den Namen Premarin, Promrit und Premasin bekannt. Ein synthetisches Östrogenpräparat ist das ÖSTRIOLSUCCINAT (570), es vermindert die Kapillarfragilität und Permeabilität, hemmt die Fibrinolyseaktivität.

ÄTHINYLÖSTRADIOL (571), über Jahre in kleinen Dosen gegeben.

EPSILAMINE (572), ein Carbazochrom-Derivat, besonders bei Nebenhöhlenoperationen verwendet.

ACC 76 (573), Gemisch von Convertin (Faktor VII, Accelerin Faktor VI), es aktiviert Prothrombin, beeinflußt Gefäße und Thrombocyten. Kontraindikation: Endocarditis.
Dosierung: 100 mg in 7 - 15 Minuten geben, Kinder 25 mg.

DEPOT ADONA (574), hämostatische Wirkung.

Fermente:

LYSOZYM (575), vor und nach der Operation, entweder zum Anaesthetikum oder 1 Stunde vorher 75 mg i.m.. Es wirkt auf die Blutgerinnung und Funktionstüchtigkeit der Gefäßwände.

Die schon bekannte Reptilase wird weiterhin erfolgreich verwendet. Sie kann auch lokal angewandt werden.
Positive Berichte liegen außerdem vor über ε-Aminocapron-

säurepräparate wie HEMOCAPROL (576), CAPRAMOL (577), diese Mittel werden zusammen mit antihämophilem Globulin besonders bei Hämophilie verwendet.

Weitere bewährte Mittel:

HYDROCORTISON (578), bei Nasenbluten geeignet, 100 mg i.v., langsam bei liegendem Patienten injizieren. Im Bedarfsfall alle 1/2 Stunde die gleiche Dosis i.m. bis zu einer Gesamtdosis von 300 - 400 mg.

PAMBA (579), Paraaminomethylbenzolsäure; indiziert bei fibrinolytischen Blutungen im HNO-Bereich.

IPSILON (580), parenteral bei Nebenhöhlenoperationen zur Blutstillung geeignet.

KATIV-N (581), Nasenbluten.

TOPOSTASIN (582), Thrombinhaltiges Schaumpräparat, keine Unverträglichkeitserscheinungen beobachtet.

FIBRINOGENINJEKTION (583), besonders bei TE-Nachblutung i.v.

THROMBOPLASTIN (584), ebenfalls bei TE-Nachblutung, es wird dem Lokalanaesthetikum beigegeben.

MANETOL (585), Gewebsthromboplastin, i.v. oder lokal 10 - 20 % Lösung, 6 - 7 ccm optimale Dosis.

Vitamin K-haltige Präparate

VITAMIN K (586), oral verabreichbar, 3mal 200 Tropfen täglich in wässriger Lösung. Indikation: Hepatiker, Koagulationsstörungen, Operationsvorbereitung.

HESNA (587), Methylhesperizie, Luthin, Vit. C, Vit. K, Adrenochromonosemicarbamison, i.v. und per os.

CEPEVIT (589), 15 mg Vit. K, 300 mg Vit. C, 160 mg P-Faktor i.v., 1 Ampulle 1 Abend vor Operation, 1 - 3 Ampullen während der Operation.
Indikation: Epistaxis und mikrochirurgische Eingriffe am Ohr.

K-LISO-C (590), Lysozym, Vit. K, Vit. C, 1 - 2 Ampullen i.m. täglich oder 2mal täglich 30 Tropfen per os, 6 - 7 Tage vor Operation beginnend.

QUERCETOL (59-), Adenochrom, Querectin, Vit. K, Vit. C, Calciumglyconat, 2 - 3 Tabletten während 6 - 7 Tagen. Blutgerinnung und Blutgerinnungszeit werden normalisiert.

IDROP $_2$ (592), Panhämostatikum, bestehend aus Vit. P, Vit. K, Vit. C, i.v., i.m. oder per os anwendbar.

Blutersatz

Ein neuer Plasmaexpander ist EMAGEL (593), Gelatinederivat, über günstige Wirkung wird berichtet. Es kann Plasmavolumen in allen Fällen ersetzen.

Antibiotika, Chemotherapeutika und Sulfonamide

Penicillinpräparate:

MAXIPEN (594), Kalium-phenoxyäthyl-penicillin, in Saft- und Tablettenform. Dosierung: 4mal täglich 250 mg für 4 - 6 Tage (Nebenwirkung: allergische Exantheme, Übelkeit).

Halbsynthetische Penicilline:

STAPHYLOBIOTIC (595), unwirksam gegen Gram-, besonders wirksam gegen Staphylokokken. Dosierung: 1,5 - 2 mg pro Tag.

AMPLITAL (596), ein Ampicillinpräparat, besonders bei schweren phlegmentösen Infektionen der Mundhöhle indiziert.

LABORICIL (597), Fenticillin, bei leichten Infektionen indiziert.

Kombinationen:

PENICILLIN-POLYMYCIN (598), breites Wirkungssprektrum, besonders gegen Gram neg., Dosierung: tägliche Infusion mit 500 ccm Glukose, 50 mg Polymycin und 2,5 Mill. Einheiten Penicillin.

PENICILLIN-COLISTIN (599), Dosierung:
ambulant: 2mal täglich 2 Mill. Einheiten i.m.
stationär: 1 - 3mal täglich 2 Mill. Einheiten i.v.
Dauertropf 5 - 10 Mill. Einheiten täglich

Breitbandantibiotika:

Tetracyclingruppe:

Neue Präparate aus dieser Gruppe sind:

TETRACYCLIN-e-METHYLENSYLIN (600), indiziert bei akuten, chronischen und postoperativen Erkrankungen im Fachgebiet.

RONDAMYCIN (601), 6-Methylen-oxytetracyclin.

LINCOMYCIN (602), wirksam gegen Gram pos. und Corynebact. diphtheriae.

Kombinationen mit Tetracyclinderivaten:

PROTERCICLINA (603), Chloramphenicolsuccinat mit Pyrrolidinmethyltetracyclin, gute antibiotische Wirkung, beste Verträglichkeit.

OXALAMIN-TETRACYCLIN (604), in Syrupform.

Günstige Wirkung soll erreicht werden mit einer Kombination von Tetracyclin, Chloramphenicol, Citrationen und Vit. B (605).

FURACYCLIN (606), Tetracyclin mit Furadantin, per os.

DYMETHYL-CHLOR-TETRACYCLIN (607), soll anderen Antibiotika überlegen sein.

PENETRACYN (608), Penimepicyclin aus Tetracyclin mit Phenoxymethylpenicillin, besonders bei Staphylo- und

Streptokokkeninfektionen. Dosierung: 500 mg.

TETRACYCLIN-NOVOBIOCIN (609), per os.

CATHOCYCLINE (610), aus Chlortetracyclin, Novobiocin im Verhältnis 2:1 (Nebenwirkung: Exanthem, Magen-Darmstörungen).

Antibiotika mit beschränktem Wirkungsspektrum

Lokal verabreichbares Antibiotikumcocktail:

Polymycin B, Neomycin, Dexamethason (611).

STAPHYLOMYCIN (612), lokale Anwendung, indiziert bei Resistenz gegen andere Antibiotika; keine Staphylokokkenresistenz (Nebenwirkung: seltene Intestinalstörungen).

SYNEPTIN (613), oder Kitasamycin, aus Streptomyces Kitasatoensis Hata hergestellt, gegen Gram pos. und einige Gram neg.. Dosierung: Erwachsene: 8 Tabletten in vier über den Tag verteilten Dosen.
Kinder: Sirupform 4mal 1 Kaffeelöffel täglich. Bei i.v.-Gabe 3 Ampullen in 24 Stunden.

RIFAMYCIN SV (614), besonders gegen Gram pos. und Staphylokokkeninfektionen wirksam, versagt bei Proteus und Pseudomonas aeruginosa, lokale Anwendung.

ERYTHROMYCINSTEARAT (615), bei der Behandlung von Atmungskrankheiten.

ABBOTICINE (616), ein Erythromycinderivat, Resistenz wurde kaum beobachtet (Nebenwirkung: Erbrechen und intestinale Störungen). Dosierung: Erwachsene 8mal 250 mg = 2 g täglich, per os. Kinder 50 mg/kg täglich, per os.

Ein neues kombiniertes Trockenaerosol bei otolaryngologischen Erkrankungen ist ERYTHROMYCIN-LAEVOMYCIN und OLETETRIN Staubaerosol (617), die Heilerfolge sollen bei 85 - 90 % liegen.

Kombination von Ferment und Antibiotikum

LYSOZYM mit Antibiotika (618), Lysozym soll die Wirkung eines Antibiotikums erhöhen und die Resistenz zum Verschwinden bringen.

LYSIN-METHYL-TETRACYCLIN (619), es soll die Hämato-Labyrinthgrenze überschreiben. Ober gute Resultate wird berichtet.

Weitere Antibiotika, die im Fachgebiet mit Erfolg angewendet werden:

SALTHION (620), lokal als Liquidum angewandt, z.B. Kieferhöhlenspülungen.

PANFURAN S (621), ein Furanderivat, wirkt nicht bei Pyocyaneusinfektion.

OMNAMYCIN (622), unspezifisches komplexes Lipoproteid. Dosierung: 2mal täglich, 10 - 12 Tage lang.

BICILLIN III (623), soll hervorragende Wirkung haben bei der Behandlung akut-eitriger Erkrankungen, i.m..

NEBACETIN (624), lokale Anwendung.

BREVICID (625), lokale Anwendung.

COLIMYCIN (626), lokale Anwendung, soll erfolgreicher sein als Penicillin und Chlortetracyclin.

LINCOCIN (627), orale, lokale und parenterale Anwendung.

Sulfonamide

Ober die Langzeitsulfonamide Durenat, Madribon und Orisul wird positiv berichtet. Orisul und Durenat sollen verträglicher sein als Madribon.

Neue Sulfonamide im Fachgebiet sind:

LIPO-GANTHRISIN (628), leichte Nebenerscheinungen wurden beobachtet.

KELFIZINA (629), gute Wirkung auf eitrige Entzündungsprozesse.

PALLIOPEN (630), hoch wirksam, bis 10 Tage anwendbar.
DAVOSIN (631), Langzeitsulfonamid, keine Nebenwirkungen beobachtet.
SULFAMOXOL (632), gegen Gram pos. und Gram neg. (Nebenwirkung: leichte Hautexantheme).
GANTHANOL (633), Sulfomethoxazol. Dosierung: Initialdosis 2 - 3 g täglich, Erhaltungsdosis 1 g täglich über 5 - 8 Wochen (Nebenwirkung: Erbrechen, Kopfschmerzen, Exantheme, Ikterus, Cyanose, Fieber, Albuminurie).
AMIDOZOL (634), 2 Tabletten täglich.
KIRON (635), sehr wirksame bakteriostatische Tätigkeit.
S. DIMETHOMIDINE (636), rascher Blutspiegelanstieg und lange Einwirkungsdauer.

Medikamentöse Therapie bei operativen Eingriffen.

Auf diesem Gebiet werden Mittel gegen postoperative Schwellung und Hämatome sowie Mittel mit schmerzlindernder Wirkung neu empfohlen:
CHYMORAL (637), abschwellend, auch geeignet nach zahnchirurgischen Eingriffen.
TANTUM (638), abschwellend.
TANDERIL (639), abschwellend. Dosierung: 400 mg täglich.
TORANTIL (640), Histaminase, verhindert Kelloidbildungen.
TRYPSIN und α-CHYMOTRYPSIN (641), mit Teclothiacid, proteolytisches Ferment mit Diuretikum kombiniert, gibt bessere Erfolge als ein Ferment allein. Dosierung: 50 000 E Trypsin und Chymotrypsin, 4 - 8 Dragées täglich, 8 Tage lang, beginnend am OP-Tag.
α-MUCASE (642), am Abend vor der Operation und 3 - 4 Tage danach.

VARIDASE (643), Streptokinase und Streptodornase, gegen Hämatome und Ödeme. Dosierung: 4 Tabletten täglich.

ANANNASE (644) = Bromelain, gegen lokale Ödeme. Dosierung: 4mal 2 Tabletten täglich, 2 Tage vor der Operation und 7 Tage nach der Operation.

Zusammenfassung

In der Arbeit wurde versucht, die seit 1964 zur medikamentösen Behandlung im Bereich des Hals-Nasen-Ohrenfachgebietes neu empfohlenen Methoden und Präparate aufzuzählen.

Die Zahl der Publikationen in diesem Zeitraum zum genannten Fachgebiet liegt bei 1500, wenn man das Zentralblatt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde als Ausgangsbasis nimmt.

Wiederholte Empfehlungen schon früher angegebener Präparate und Methoden sind relativ häufig.

Zur äußerlichen Behandlung von Ohrmuschel und Gehörgang kamen eine Reihe von Salbenkombinationen in Verbindung mit Corticoiden auf den Markt; eine neue originelle Kombination bezüglich der Antibiotika oder Antiseptika ist nicht gegeben.

Interessant und sinnvoll erscheint ein neues Präparat zur Auflösung von Ohrschmalzpfröpfen unter dem Namen CERUMENEX, das nach seiner Zusammensetzung für diesen Zweck geeignet erscheint. Einige Rezepturen zur Behandlung der Gehörgangsmykosen werden neu angegeben.

Neu sind die Angaben über die örtliche Anwendung von -Chymotrypsin bei Tubenkatarrh und Adhäsivprozeß im Mittelohr, vor allem aus der französischen Literatur, teilweise aber auch mit dem Hinweis von möglichen Komplikationen bei transtympanaler Anwendung des Fermentpräparates.

Die nach pathologisch-anatomischer Oberlegung kaum wirk-

same Anwendung von antibiotischen Ohrtropfen bei der akuten Mittelohrentzündung wird immer noch relativ häufig empfohlen. Neue Kombinationspräparate tauchen in origineller Form nicht auf. Es handelt sich in der Regel um Kombinationen mit Chloramphenicol, Neomycin in überwiegender Kombination mit Corticoiden.

Über neue Möglichkeiten einer allgemein antibiotischen Behandlung mit neueren Antibiotika finden sich kaum verläßliche Angaben.

Zur öftlichen Behandlung der chronischen Schleimhauteiterung und Nachbehandlung von Radikalhöhlen ergeben sich praktisch keine neuen Gesichtspunkte.

Zur Behandlung von Innenohrschwerhörigkeit und Tinnitus sowie der Menière'schen Erkrankung findet sich prinzipiell nichts Neues, wenn man von besonderen Empfehlungen von Fertigpräparaten ohne prinzipiell neuem Wirkungsmechanismus absieht. Dieselbe Feststellung ergibt sich zur Therapie der Bewegungskrankheit und symptomatischen Behandlung des Schwindels.

Bei der Behandlung der idiopathischen Facialislähmung wird neuerdings über günstige Erfahrungen mit perineuraler oder periarterieller Injektion von Anaesthetika berichtet.

Eine kleine Zahl neuer Nasensalben ohne prinzipiell neuen Wirkungsmechanismus ist eingeführt. Über günstige Erfahrungen mit einer Reihe von Kombinationspräparaten zur Kopierung des Schnupfens wird berichtet.

Eine Zahl von neuen Fertigpräparaten als Nasentropfen wird empfohlen, prinzipiell neue Wirkstoffe sind darin

nicht enthalten. Bei den Neueinführungen von corticoidhaltigen Nasentropfen ist weiterhin die zu niedrige Dosierung des Corticoids zu bemängeln.

Die örtliche Injektion von Corticoiden in die Nasenschleimhaut wird weiterhin empfohlen, ebenso die problematische Applikation von corticoidhaltigen Pulvern auf die Nasenschleimhaut. Für die Behandlung der atrophischen Rhinitis ergeben sich keine neuen Gesichtspunkte. Abgesehen von der Neueinführung einiger Mittel zur Instillationsbehandlung ergeben sich für die Behandlung der akuten und chronischen Mittelohrentzündung keine neuen Möglichkeiten; auch hier wird vor allem in der französischen Literatur die Wirkung von -Chymotrypsin hervorgehoben.

Zur konservativen Gehandlung der Trigeminusneuralgie ergibt sich nichts Neues.

Bei den Empfehlungen zur Behandlung von Erkrankungen der Mundschleimhaut und der Speicheldrüsen ergeben sich keine neuen Gesichtspunkte. Ebenfalls finden sich zur Behandlung der Pharyngitis jeglicher Form nichts Neues. Auch zur Therapie der akuten Tonsillitis haben sich keine besonderen Gesichtspunkte ergeben, wenn man von einigen abwegigen Vorschlägen absieht. Auch zur Behandlung von entzündlichen Erkrankungen des Kehlkopfes finden sich keine wesentlichen Gesichtspunkte.

Zur Erkrankung der Speiseröhre finden sich keine originellen Vorschläge.

Im ganzen Komplex der zytostatischen Behandlung maligner Tumoren taucht lediglich als Novum ein positiver Bericht über Anwendung von AURANTIN bei Lymphogranulomatose auf.

Bezüglich der Infektionskrankheiten des Fachgebietes ergeben sich prinzipiell keine neuen Gesichtspunkte.

Zur Lokalanaesthesie sind eine Reihe von neuen Lokalanaesthetika empfohlen, die keine Besonderheit ihrer Wirkung zeigen. Als vasokonstriktorischer Zusatz taucht OCTAPRESSIN auf, das gegenüber Adrenalin kreislaufschonender sein soll, aber lokal eine geringere blutstillende Wirkung hat. Zur Praemedikation zur Lokalanaesthesie sind zwar einige Substanzen empfohlen, die aber prinzipiell nichts Neues bringen. Dasselbe gilt bei Angaben über schmerzlindernde Mittel bei postoperativen Zuständen. Ober die Praemedikation zur Allgemeinnarkose haben sich keine wesentlichen neuen Gesichtspunkte ergeben, auch nicht zur Neuroleptanalgesie im Fachgebiet.

Auch neue örtliche blutstillende Mittel mit neuer Konzeption existieren nicht. Vor allem in der französischen Literatur tauchen mehrfach positive Berichte über die Wirksamkeit von DICYNON auf, neuere Wirkstoffe sind nicht beschrieben, wenn man von Kombinationspräparaten mit bekanntem Wirkungsmechanismus absieht.

Bei den Antibiotika liegen jetzt eine Zahl von Berichten über die günstige Wirkung der halbsynthetischen Penicilline vor; es fehlt allerdings ein präziser Vergleich mit der Wirkung bewährter Antibiotika im Fachgebiet. Auch einige Kombinationen anderer Antibiotika mit Penicillin werden erneut empfohlen. In der Tetracyclinreihe ist eine große Zahl von neuen Fertigpräparaten auf den Markt gekommen und neu empfohlen. Ebenso erscheinen eine Zahl von wenig sinnvollen Kombinationen anderer Antibiotika mit Tetracyclin auf dem Markt. Bei den Antibiotika mit beschränktem Wirkungsbereich ergeben sich keine beson-

deren Gesichtspunkte. Es erscheinen auch einige neue Sulfonamidkombinationen, die prinzipiell keine wesentliche Verbesserung der therapeutischen Möglichkeiten versprechen.

Gegen postoperative Oedeme sind einige Substanzen empfohlen, die vor allem Fermentcharakter aufweisen.

Als Bilanz der Publikationen zur medikamentösen Therapie des Hals-Nasen-Ohrenfachgebietes der letzten vier bis fünf Jahre kann festgestellt werden, daß abgesehen von der Neueinführung einiger speziell für das Fachgebiet gedachten Präparate ohne neuen Wirkungsmechanismus ein wesentlicher Fortschritt der Möglichkeiten einer medikamentösen Behandlung nicht erzielt worden ist. Leider existieren nicht ausreichend exakte Berichte über die Wirkung der halbsynthetischen Penicilline im Fachgebiet, die zweifellos eine Bereicherung des therapeutischen Repertoires darstellen.

Literaturverzeichnis

(1) HABEDANK, H. HNO 9, 307 (1961)
(2) CALI, G. Ann.Laring.63, 620-629 (1964)
(3) BOURDIAL, J. u. J. RICHARD Ann.otol.-laryng.77, 492-496 (1960)
(4) PIQUET, J. Thérapeutique 37, 159-161, (1961)
(5) RADINA, F.L. Sovetsk.Med.26, Nr.5, 137-140
(6) HUSSAREK, M. HNO 13, 29-30 (1965)
(7) HAUSEN,J.E.u.WEBB,B.M. Med.Ann.D.C.28, 381-385 und 418 (1959)
(8) HAASS, H.G. Z.Laryng.Rhinol.40,58-62 (1961)
(9) PERRY, H.O.u.Mc.BEAN,J.B. A.M.A.Arch.Otolaryng. 71, 653-655 (1960)
(10) VENESI, E. Minerva otorhinolaring.15,211-213 (1965)
(11) CONSTANTINISCU,F.u.TAPLIGA,M. Oto-rino-laring. 6, 375-378 (1961)
SPITZER,I. Pract.oto-rino-laryng.23,266-272 (1961)
(12) BÜRGSTEIN,A. HNO 11, 270 (1963)
(13) KÜRSTEN,H. Mschr.Ohrenheilk.93,198-204 (1959)
RÓZSA,I.u.RIBÁRI,O. Fül.Orr.-Gége-Gyógyászat 8, 1821 (1962)
(14) LEIGH, M.M. Eye, Ear, Nose Thr.Monthly 45, Nr. 8, 48-54 (1966)
(15) JONES,E.H.u.Mc.LAIN,P.G. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 43, Nr. 7, 52-57 (1964)
(16) MOUNIER-KUHN,P.u.CHARACHOU,R. J.franc.Oto-rhino-laryng.12, 343-348 (1963)
MENCACCI,P. Ann.Laring.58, 534-541 (1959)
(17) BORSANYI,S.J.u.BLANCHARD,C.L. Laryngoskope 71, 1419-1425 (1961)
(18) KOPECKY, M. Osl.Otolaryng.10,27-37 (1961)
(19) KALLER,H. HNO 7, 345-346 (1959)
THOMAS,W. Therap.Gegenw.98, 584-575 (1959)
(20) GOLDBERG, A. A.M.A.Arch.Otolaryng.70, 139-142 (1959)
(21) GREEN,A.K.u.BEAR,V.D. Med.J.Aust.49,I,553-554(1962)
(22) RIGUAL, R. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 40,194-197 (1961)
(23) COLEMAN, L.L. Eye,Ear,Nose,Thr.Monthly 43, Nr. 4, 54-58 (1964)
(24) siehe (50)
(25) DOUGHERTY,T.F.u.DOLOWITZ,D.A. Laryngoskope 70, 873-884 (1960)
(26) BEL,J.u.GUERIN,L. Ann.Oto.-laryng.80,817-820(1963)
(27) AKROYD,R. J.Laryng.73, 544-554 (1959)
(28) siehe (27)
(29) JENKINS,Ben.H. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 43,47-50(1964)
JENKINS,Ben.H. Arch.Otolaryng.77,442-443 (1963)
(30) HINE,S.u.a. Oto-rhino-laryng.Clin.56,383-388(1963)
(31) OCHS,I.L. Laryngoskope 72, 384-386 (1962)
(32) STRIDE,R.D. J.Laryng.76, 22-27 (1962)

(33) CHADWICK,D.L. Lancet 1963 II, 1348-1350
(34) DE VITA, C. Arch.ital.Laring.78,439-444(1965)
(35) HINE,S.u.a. Oto-rhino-laring.Clin.57,654-659 (1964)
(36) BERTELLI,J.A.u.a. Sem.méd.123,992-998 (1963)
(37) RACZ,K.u.HERPAY,Z. Fül.-Orr.-Gége-Gyógáyszat 8, 175-179 (1962)
(38) BOWN,D.W.jr. A.M.A.Arch.Otolaryng.70,588-592(1959)
(39) JUNG,H.D.u.NEHLS,K. Z.Laryng.Rhinol.43,546-551(1964)
(40) BOUSQUET u. RIOUX,J. Rev.Laryng.79 Suppl.,958-966 (1958)
(41) ALBANO, V. Ann.Laryng.65, 521-529 (1966)
(42) AMENDOLEA, L. Valsalva 42, 453-456 (1966)
(43) YASSIN,A.u.a. J.Laryng.78, 591-602 (1964)
(44) KUNELSKAYA,V.Y. Vestn.Oto-rino-laring.26, Nr. 2, 37-43 (1964)
(45) SENDLER,H.U. HNO 11, 103-106 (1963)
(46) IMAIL,H.K. J.Laryng.76, 713-719 (1962)
(47) GREGSON,A.E.W.u.TOUCHE,A.I. J.Laryng.75,45-69(1961)
(48) GREGSON,A.E.W.u.TOUCHE,A.I. J.Laryng.75,167-170 (1961)
(49) DEBAIN,J.J.u.a. Ann.Oto-laring.80,29-32 (1963)
BARON,G.u.LEROUX-ROBERT,J. Ann.Oto-laring.78 414-416 (1961)
(50) GALETTI,G. Otorinolaring ital. 29,128-136(1960)
(51) SLOTWINSKA,L. Otolaryng.pol.18,383-391 (1964)
(52) BOUCHE,J.u.a. Ann.Oto-laryng.77,763-779 (1960)
(53) SIARDET,J. Vie med.46, 529-538 (1966)
(54) JIMENEZ,J. Acta oto-rhino-laring.ib.amer.12, 603-607 (1961)
(55) MATSUZAKI,T. Otolaryngology 37, 719-729 (1965)
(56) MÜLFAY,L.u.a. HNO 9 53-55 (1966)
(57) KRÜGER,F.J. HNO 10, 211-212 (1962)
(58) NANJO,S.u.a. Otolaryngology 38,81-83 (1966)
(59) BACHMANN,W.u.HEIN,H. Z.Laring,Rhinol.42,461-467 (1963)
(60) NAGAFUCHI,M. Otol.Fukuoka 9, 176-179(1963)
(61) FERRANDO,J.-M.u.ABABAL,F. Rev.Laryng.82,114-118 (1961)
(62) MORIMITSU,T.u.NAGAFUCHI,M. Otol.Fukuoka 9, 61-66 (1963)
(63) HIROTO,I. Otolaryngology 34,513-516 (1962)
MAEDA,Y. Otolaryngology 34,613-616 (1962)
HONMA,Y. Oto-rhino-laryng.Clin.56,260-264 (1963)
(64) MATSUI,A.u.a. Otol.Fukuoka 6,224-228 (1960)
(65) GEEFHUYSEN,J Afr.med.J.36,204-209 (1962)
(66) HINE,S.u.a. Oto-rhino-laryng.Clin.57,484-487 (1964)
(67) MOUNIER-KUHN,R.P.u.CHARACHON,R. Rev.Laryng.84, 189 (1963)
(68) siehe (19)
(69) siehe (22)
(70) siehe (23)

(71) MOUNIER-KUHN,R.P.u.a. J.franc.oto-rhino-laryng. 12, 719-724 (1963)
(72) KOSA,D. Fül.Orr.-Gége-Gyógyászat 10,132-134 (1964)
(73) bis
(89) HELWIG,B. Moderne Arzneimittel Stuttgart: 920-923,Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft M.B.H. (1967)
(90) GOROSIN,R.u.BLANCHARD,C. Laryngoskope 71, 78-81 (1961)
(91) ALBERTINI,F. Sem.méd.36, 555-556 (1960)
(92) TAKIMOTO,I. Oto-rhino-laryng.Soc.Jap.66, 671-674 (1963)
(93) BOLLOBÁS,B. HNO 12, 273-277 (1964)
(94) LOCH,W.E.u.LOCH,M.H. Laryngoskope 72,598-607(1962)
(95) CORONE,A. Ann.Oto-laryng.81,367-368 (1964)
(96) Otolaryng.pol.14, (1960)
(97) OHSAWA,R. Oto-rhino-laring.Clin.57,645-653 (1964)
(98) MICHEL,J. J.franc.oto-rhino-laryng.11, 473-474 (1962)
(99) siehe (34)
(100) siehe (616)
(101) BONNEFOUS,G. Thérapeutiqué 37,744-747(1961)
(102) siehe (227)
(103) LEMEE,J.L.A.u.SAPORITI,E.M. Sem.méd.123,1486-1488, (1963)
(104) Bol.esp.Otorrinolaring. (1959)
(105) McNEILL Brit.med.J.1962 I, 360-362
(106) PAPP,G.u.KASZÁS,T. Gyermerkgyogyaszat 11,19-22 (1960)
(107) GHIRLANDA,M.u.NOBILI-BENEDETTI,F. Ann.laring. 63, 492-496 (1964)
(108) BENSON,P.F.u.JELKS,M.L. J.Laryng.75, 738-743(1961)
(109) ROCA DE VINALS,J.M.u.a. Pediatria 19,Suppl., 171-177 (1958)
MARANÊS,F. Gac.méd.esp.36, 107-110(1962)
(110) MULFAY,V.u.TÖRÖK,F. Oto-rinolaring.3,337-339(1958)
(111) CHEREPANOVA,E.M. Vestn.Oto-rino-laring.22,Nr.3 40-42 (1959)
(112) BOGOMILSKY,M.R. Vestn.Oto-rino-laring.21,Nr.3 4o-42 (1959)
(113) MUFTIC,M.K. J.Laryng.74,100-105(1960)
(114) GIANETTO,F.A. An.Oto-rino-laring.30,79-82(1960)
(115) TANAKA,Y.u.YASUHIKO,M. Otolaryngology 36, 569-570 (1964)
(116) HINE,S.u.a. Oto-rhino-laryng.Clin.57,423-427 (1964)
(117) siehe (25)
(118) ZOCCHI,F. Minerva otorhinolaring.13,173-175 (1963)
LIKKACHEV,A.G. Vestn.Oto-rino-laring.27,Nr.1 8-19 (1965)

BUCH,N.H.u.KRISTENSEN,H.K. Acta oto-laryng. Suppl.188,66-69 (1963)
(119) MICLESCU,S. Oto-rino-laring.3,349-352(1958)
(120) WIEGAND,R. Z.Laryng.Rhinol.42,377-382(1963)
(121) HELWIG,B. Moderne Arzneimittel,3.Auflage, 923,Stuttgart:Wissenschaftliche Verlagsgemeinschaft M.B.H. 1967
(122) LEWAMDOWSKI,H.Otolaryng.pol.17,63-68 (1963)
(123) SHEEHY,J.L.u.a. A.M.A.Arch.Otolaryng.70, 509-510 (1959)
(124) BÖHME,G. HNO 2, 212-213 (1963)
(125) ANBRY,A.u.a. Ann.Oto-laryng.77,269-278(1960)
ANTOLI-CANDELA,F. Acta oto-rino-laring.ib.-amer. 10, 353-360 (1959)
BENINCASA,T. Ann.Laring.61, 692-696 (1962)
(126) GOSEPATH,P. HNO 13, 272-273 (1965)
(127) RIU,R.u.a. Cah.Oto-rhino-laryng.1, 109-112(1966)
(128) HELWIG,B. Moderne Arzneimittel,3.Auflage, 906,Stuttgart:Wissenschaftliche Verlagsgemeinschaft M.B.H. 1967
(129) siehe (8)
(130) YAMASHITA,K. Oto-rhino-laryng.Clin.57,507-520 (1964)
(131) GOFFIN,F.B. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 46, Nr. 1 60 - 64 (1967)
(132) SMYTH,G.D.L. Brit.J.Derm.76, 425-428 (1964)
(133) siehe (132)
(134) siehe (132)
(135) SMYTH,G.D.L. J.Laryng.76, 797-821 (1962)
(136) KUNELSKAYA,V.Y. Vestn.Oto-rino-laring.29,Nr.1 55 - 59 (1967)
(137) OGATA,H.u.KANEKA,N. Otol.Fukuoka 10,165-170(1964)
(138) FALTYNEK,L.u.VESELY,C. Monatsschrift für Ohrenheilkunde u.Laryngo-Rhinologie 5, 201 (1966)
(139) IKEDA,I. Otol.F-kuoka 11, 234-238 (1965)
(140) MÖBIUS,M. HNO 14, 154 (1966)
MÖBIUS,M. HNO 14, 154-156 (1966)
(141) YAMANAKA, Y.u.a.Oto-rhino-laryng.Clin.56,568-573, (1963)
HIROTO,I.u.a. Oto-rhino-laryng.Clin.57, Nr. 2 98 - 102 (1964)
HOHZAWA,J. Otolaryngology 36,273-276 (1964)
(142) WILMOT,T.J. J.Laryng.73, 466-469 (1959)
(143) BACHMANN,W. HNO 10, 207-209 (1962)
(144) OTUKI,Y.u.a. Oto-rhino-laryng.Clin.57, Nr. 12, 7o9 - 720 (1964)
(145) CORONE,A. Ann.Oto-laryng.78,615-617 (1961)
(146) BERTELLI,J.A.u.a. Sem.med.123,708-735 (1963)
(147) Bol.esp.Otorinolaring 12,Nr.3 43-46 (1959)

(148) KAWAMOTO,K.u.a. Oto-rhino-laryng.Clin.57, 426-421 (1964)
(149) LEFEBRE,P. Rev.Laryng.85,791-805 (1964)
(150) siehe (139)
(151) KOSHIYAMA,K. Otolaryngology 34,713-714(1962)
(152) YOSHIYE,N. Otolaryngology 36,865-869 (1964)
HINE,S.u.KISHI,K. Oto-rhino-laryng.Clin.57, 539 - 545 (1964)
(153) OKIHISA,T. Oto-rhino-laryng.5, Nr. 4 (1964)
(154) WEBER,H.W. HNO 10, 50 - 53 (1962)
(155) OGAWA,T. Otolaryngology 34,507-511(1962)
(156) SEKIVA,T. Otolaryngology 36,555-558 (1964)
(157) SASAKI,T. Oto-rhino-laryng.Clin.57,Nr.10 581-587 (1964)
(158) NAKAJIMA,R.u.a.Oto-rhino-laryng.Clin.57, 588-590 (1964)
(159) LIPOZENČIČ,C. Mschr.Ohrenheilkunde 100,107-114 (1966)
(160) TORIYAMA,Y. Otolaryngology 34, 529-532 (1962)
(161) SUZUKI,Y.u.MIYABE,I. Otolaryngology 35,863-869 (1963)
(162) MASSON,H. Rev.Laryng.85,1081-1089(1964)
(163) DAITO,T. Otolaryngology 36,757-766 (1964)
(164) KOSSOWSKI,S.u.a. Otolaryng.pol.17,241-246 (1963)
(165) KLOCKHOFF,I.u.LINDBLOM,U. Acta, oto-laryngologica 63, 347 - 365 (1967)
(166) PICCOLI,A. Ann.Laring.65, 669-684 (1966)
(167) GEJROT,T. Acta-oto-laryng.Suppl.188, 190-195 (1963)
(168) DOWDY,E.G.u.a.Arch.Otolaryng.82,494-497(1965)
(169) HAUSER,E. J.Amer.Geriat.Soc.7,874-876(1959)
(170) FELDMANN,H. Conf.neurol.
(171) TOMINAGA,Y. Oto-rhino-laryng.Clin.56,454-459 (1963)
(172) HIRATA,S. Oto-rhino-laryng.Clin.56,6-11(1963)
(173) PAKOWSKI,K. Otolaryng.pol.21,99-102(1967)
(174) VARGA,G.u.a. J.Laryng.80,250-269 (1966)
(175) BENTZEN,O.u.GRAVESEN,K.J. Nord.med.65,152-154(1961)
(176) HECHL,P. Wien.med.Wschr.113, 491-492(1963)
(177) HECHL,P. Wien.med.Wschr.113, 429-430(1963)
BACHMANN,W. HNO 9, 304-306 (1961)
(178) LORIYA,A.G. Vestn.Oto-rhino-laring.24,Nr.3 91-92 (1962)
(179) BERÉNY,J. Ther.hung.10,Nr.1-2,22-25 (1962)
(180) MOUNIER-KUHN,P. J.franz.Oto-rhino-laryng.12, 339-342 (1963)
BANDINI,A. Gazz.med.ital.122,399-400 (1963)
SCOLARI,R. Ann.Laring.63,331-335 (1964)
RIZZI,N. Otorinolaring.ital.31,360-364(1962)
DE VITA,C.u.LAURINI,F. Arch.ital.Laring.71,81-90 (1963)

(181) STOLL,H.G. Z.ärztl.Fortbildung 54,357-361(1960)
WINKLER,G. Dtsch.Gesundh.Wes.15,2162-2163(1960)
(182) MORA,E. Arch.ital.Otol.73,126-137 (1962)
(183) CIGES,M. Rev.esp.oto-neuro-oftal.22,416-424 (1963)
(184) SCHWETZ,F. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 42,50-53 (1963)
(185) MATSUNAGA,T.u.a. J.oto-rhino-laryng.Soc.Jap.64, 91 - 93 (1963)
(186) SHIRABE,S.u.NAKASHIMA,M. Otol.Fukuoka 11,98-103 (1965)
(187) BORRI,G. Minerva otorinolaring.11,73-76(1961)
(188) BOLLOBAS,B. Mschr.Ohrenheilkunde 97,430-433(1963)
(189) und
(190) siehe (188)
(191) KIME,C.E. Proc.8.Internat.Congr.ORL Tokio 1966 279-280
(192) VAN DE CALSEYDE,P. Acta-oto-rhino-laryng.belg.13, 419-426 (1959)
u.VYNCKIER,H.
(193) KAWATA,S.u.a. Otol.Fukuoka 6, 217-223 (1960)
(194) KIRCAK,V. Acta med.turc.3, 83-98 (1966)
(195) STOLL,H.G. HNO 10, 188-189 (1962)
(196) NAKANE,H.u.a. Oto-rhino-laryng.Clin.57,330-333 (1964)
(197) ROUNTREE,P.M.u.a. Med.J.Aust.49,II,367-370 (1962)
(198) WHITE,A. Ann.J.med.Sci.248,86-89 (1964)
(199) FETTE,G. Med.Welt 1961, 2364-2365
(200) HECHL,P. Wien.med.Wschr.112,819-820 (1962)
(201) McLAURIN,J.W. Laryngoskope 76,1612-1614 (1966)
(202) GOODMAN,R.D. Clin.Med.72,1651-1655 (1965)
(203) NAKAJIMA,R.u.a. Oto-rhino-laryng.Clin.57,186-189 (1964)
HINE,S.u.a. Oto-rhino-laryng.Clin.57,Nr.10 591-596 (1964)
NANJO,S. Otolaryngology 37,577-582 (1965)
(204) MAFFIA,A.J.u.a. Arch.Pediat.(N.-Y.)77,28-32(1960)
(205) BONHOTE,V.-H. Praxis 52, 903-904 (1963)
Rev.med.Suisse rom.83,1007-1010(1963)
(206) RYAN,R.E. Clin.Med.70,1105-1109 (1963)
(207) BONNEFOY,J. J.franc.Oto-rhino-laryng.12,909-912
(208) u.PERSILLON,A.(1963)
FLOTTES,L. J.franc.Oto-rhino-laryng.13,361-391 (1964)
(209) FABRICANT,N.D.u.a. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 43, Nr.12, 39-41 (1964)
(210) HAYNO,T.u.a. Otolaryngology 38, 87-90 (1966)
(211) YOUNG,J.R.jr. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 46,Nr.1, 51-53 (1967)
(212) BURIAN,K. Mschr.Ohrenheilkunde 96,19-23(1962)

(213) bis Moderne Arzneimittel 908,910u.911,
(216) Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft M.B.H., Stuttgart 1967
(217) IDE,Y. Otolaryngology 37,769-772 (1965)
(218) CALIGARIS,F. Minerva otorhinolaring.12,34-41(1962)
(219) MOUNIER,KUHN,P.,J.franc.Oto-rhino-laring.11,739-747 u.PERSILLON,A. (1947)
(220) AMORELLI,A. Arch.ital.Laring.73,21-28 (1965)
(221) KÜSPERT,A. Med.Welt, 1965, 2563 - 2564
(222) bis Moderne Arzneimittel,3.Aufl.915,911
(224) u.913,Stuttgart:Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft M.B.H., 1967
(225) CHI-CHIH SUN Zhonghau Er-Bi-Yanhouke Zazahi 7, 28 - 29 (1959)
(226) SEMERIA,C. Minerva otorinolaring.13,143-144(1963)
(227) WOLF,H.G. Wien.med.Wschr.116,116-117(1966)
(228) ISENSCHE,G. Med.Mschr.18, 226-228 (1964)
(229) GEIMER,M.u.GEIMER,R. Mschr.Kinderheilk.114,553-557 (1966)
(230) DAMENO,u.a. Bol.esp.Otorinolaring.18,Nr.4, 63-70 (1966)
(231) FRANA,A. Ann.Laring. 62, 52-60 (1963)
(232) VOGT,F.C. Clin.Pediat.5,574-548(1966)
(233) FIOR,R. Arch.ital.Otol.71,429-432 (1960)
(234) GIANNELLI,S. Ann.Laring.60,420-426 (1961)
(235) VAN DEN EECKHAUT,J. Acta.oto-rhino-laryng.belg.16, 44 - 47 (1962)
(236) BRUCE,R.S. Brit.med.J.1965,II,1148-1152
(237) TAUB,S.J. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly45,Nr.8, 80 und 83 (1966)
(238) und Moderne Arzneimittel,3.Aufl.918,Stutt-
(239) gart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft M.B.H., 1967
(240) TORIYA,K. Otolaryngology 34,777-784(1962)
(241) BARBI,G.u.BORGO,M. Arch.ital.Otol.75,544-549(1964)
(242) FISCHER,G. Wien.med.Wschr.114,285-187(1964)
(243) SECONDI,U. Arch.ital.Otol.70,833-835 (1959)
(244) und Moderne Arzneimittel,3.Aufl.918,
(245) HELWIG,B. Stuttgart:Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft M.B.H., 1967
(246) LINEBACK,M. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 39,342-343 (1960)
EDMONDS,I.E. Laryngoskope 69, 1213 - 1218 (1959)
(247) THOMAS,J.W.u.GRATER,W.C.Stud.med.J.57,434-438(1964)
(248) GOT,S.u.a. Oto-rhino-laring.Clin.57,638-642 (1964)
(249) FIERBERG,A.A. Ann.Allergy 22,324-328 (1964)
(250) GOTO,S.u.a. Otolaryngology 37,179-182(1965)
(251) BUCHHOLZ HNO 9, 235 (1961)

(252) HUSSAREK,M. Wien,med.Wschr.115,218-220 (1965)
(253) MICHELI,G. Arch.ital.Otol.70,690-694(1959)
(254) MENZIO,P. Minerva otorinolaring.11,308-310 (1961)
(255) FONTANA,V.J. Ann.Allergy 18,1107-1109 (1960)
(256) SHERWOOD,H.u.EPSTEIN,J.I. N.Y.St.J.med.60, 1793-1795 (1960)
(257) BRUUN,E.u.LETMAN,H. Acta allerg. 17,343-351(1962)
SODA,T.u.a. Otol.Fukuoka 10,66-71 (1964)
(258) SAKAKURA,K.u.a. Pract.Otol.58,348-352(1965)
PIALOUX,P.u.BOURDON,J. Ann.Oto-laryng.81,495-500 (1964)
(259) KAISER,R. Ther.Umschau 23,323-326 (1966)
(260) WINKELSBERG,J. Lijecn.Vjesn.85,1151-1154(1963)
(261) STAEHELIN,B.u.a. Pract. oto-rhino-laryng.22, 289-307 (1960)
(262) HANSEL,F.K. Laryngoskope 69,1219-1223(1959)
(263) bis Moderne Arzneimittel 911, 910, 911
(266) HELWIG,B. u.908, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft M.B.H., 1967
(267) ZUBIETA,C.B. Acta oto-rhino-laring.ib.amer.10, 309-313 (1959)
(268) JUMON,H. Sem.thér.42,447-449 (1966)
(269) CANCURA,W. Wien.klin.Wschr.76,68-70 (1964)
(270) NONAKA,Y. Otolaryngology 38,91-95 (1966)
(271) KUKOWSKI,H. Therapiewoche 16,359-361 (1966)
(272) HELWIG,B. Moderne Arzneimittel,3.Aufl.,908, Stuttgart:Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft M.B.H., 1967
(273) COWEN,D.E. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 45,Nr.37, 58-61 (1966)
(274) WALDBURG,H. Wien,med.Wschr.111, 264 (1961)
(275) EVANS,H.J. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 39, 968-970 (1960)
(276) BURIAN,K. Mschr.Ohrenheilkunde 95,272-275 (1961)
(277) DESEÖ,E. Wien.med.Wschr.113,616-617 (1963)
(278) CAELS,F. Acta oto-rhino-laryng.belg.18, 560-563 (1964)
(279) HORIGUTI,S.u.SAITO,Y. Proc.8.Intern.Congr.ORL 548-549 (1966)
(280) KATO,H. Otolaryngology 34,519-523(1962)
(281) bis Moderne Arzneimittel,3.Aufl.,
(285) HELWIG,B. 912,910,911,910 u.911, Stuttgart: Wissenschaftliche VErlagsgesellschaft M.B.H. 1967
(286) GILL,B.S. J.Laryng.80,506-510 (1966)
(287) SMITH,R.E. Ann.Allergy 23,273-276 (1965)
NORMAN,P.S.u.a. J.Allergy 36,284-292 (1965)
AARON,T.H.u.MUTTITT,E.L.C. Ann.Allergy 23, 100-102 (1965)
CHERVINSKY,P. Ann.Allergy 24,150-153 (1966)

(288) RAFFAI,I.u.NYIRY,Z. Allergie u.Asthma 11, 285-287 (1965)
(289) ZELENY,M. Csl.Otolaryng.15,25-28 (1966)
(290) GRABOI,E.A. Vestn.Oto-rhino-laring.27,Nr.4, 104 (1965)
(291) NUCCI,C.u.CANCIULLO,R. Otorinolaring.ital.33, 445-461 (1964)
(292) CSABA,K.u.a. Fül.Orr.-Gége-Gyógyászat 10, 119-123 (1964)
(293) BRUCK,A.M. Vestn.Oto-rino-laring.23,Nr.1, 11-16 (1961)
BARDADIN,T. Otolaryng.pol.13,72-77 (1959)
SUTIN,M.I. Vestn.Oto-rino-laring.23,Nr.1, 16-19 (1961)
(294) ERÖDI,A. Mschr.Ohrenheilkunde 95,54-57(1961)
(295) BAKER,D.C.u.STRAUSS,R.B. Ann.Otol.71,525-531(1962)
(296) MEUNIER,M. J.franc.oto-rhino-laryng.9, 891-897 (1962)
(297) STRESEMANN,E. Klin.Wschr.39,198-202 (1961)
(298) NORMAN,P.S.u.a. J.Allergy 38,93-99 (1966)
(299) FRIEDMANN,H.T J.Allergy 33, 1 - 5 (1962)
(300) BOGNER,A. Therapiewoche 16,884-885 (1966
MILLARD,J. HNO 13, 134 (1965)
(301) bis Moderne Arzneimittel 912,910u.917,
(303) HELWIG, B. Stuttgart:Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft M.B.H., 1967
(304) MAGRI,M.u.PAROLARI,P. Minerva otorinolaring.13, 292-293 (1963)
(305) bis Moderne Arzneimittel,3.Auflage,
(308) HELWIG,B. 913,909u.908,Stuttgart:Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mb.H.,1967
(309) ALTHULER,Z.A. Vestn.Oto-rino-laring.24,Nr.2,108 (1962)
(310) JONESCU,R.u.a. Oto-rino-laring.11,15-18 (1966)
(311) MAZZUCCO,P.S. Ann.Laring.58,522-533 (1959)
(312) RÜDGER,W. Med.Welt 1965,683-689
(313) BOLLOBAS,B. Z.Laryng.Rhinol.42,529-532 (1963)
(314) HELWIG,B. Moderne Arzneimittel,3.Aufl.,904, Stuttgart:Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m.b.H. 1967
(315) BREUNINGER,H.u.KHAN,A.N. HNO 8,280-282 (1960)
(316) MORSELLI,L.u.PERUCCI,U. Bol.Mal.Orecch.80, 302-312 (1962)
(317) PINTO,F.u.BELLOMO,D. Clin.oto-rino-laring.17, 259-266 (1965)
(318) KRYLOR,P.M. Vestn.Oto-rino-laring.23,Nr.6, 100-101 (1961)
(319) TEATINI,G.P. Minerva otorinolaryng.13,290-291 (1963)
(320) HELWIG,B. Moderne Arzneimittel,3.Aufl.,916, Stuttgart:Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m.b.H. 1967

(321) SALIS,B.u.a. Boll.Mal.Orecch.77,495-507 (1959)
(322) ZEMAN,M.S. Laryngoskope 73,1219-1233 (1963)
(323) MESOLELLA,C.u.a. Arch.ital.Laring.67,493-508 (1959)
(324) IIDA,O.u.a. Otolaryngology 37,1221-1224 (1965)
YAMMOTO,T.u.a. Oto-rhino-laryng.6,Nr.3,260-263 (1963)
(325) TARASOW,D.I. Vestn.Oto-rino-laring.26,Nr.6, 76-81 (1964)
(326) GREVERS,H. HNO 12, 84-87 (1964)
(327) SELTZER,H.P. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 41, 813-817 (1962)
(328) TATASOW,D.I. Vestn.oto-rino-laring.26,Nr.4, 79-82 (1964)
(329) MIYOSHI,T.u.a. Otolaryngology 37,1227-1230 (1965)
(330) CZIGANY,J. Fül.-Orr-Gége-Gyógyászat 6,42-44 (1960)
(331) BONTEMPS,G. HNO 10, 251-252 (1962)
ADERS,H. HNO 12, 174-176 (1964)
(332) KOMET,H.u.SALCO,A.N. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 44, Nr. 2, 47-50 (1965)
(333) MUTSCHELKNAUS,R. Z.Laryng.Rhinol.43,669-679(1964)
(334) ERÖDI,A. Mschr.Ohrenheilkunde 97,511-513(1963)
(335) BACHMANN,W. Mschr.Ohrenheilkunde 94,115-160(1960)
(336) RUTALTELLI,E. Ann.Laring.58,745-752 (1959)
(337) GUERIER,Y.u.DE VARENNE,D. Rev.Laryng.86,277-281 (1965)
(338) YASHPER,A. Vestn.oto-rino-laring.25,Nr.4, 37-38 (1962)
(339) RICCI,V. Omnia ther.12,379-396 (1961)
MAZZUCCO,P.S. Sem.med.119,1050-1052 (1961)
(340) SAUER,P.H. Z.Laryng.Rhinol.40,629-636(1961)
(341) LIPSON,Y.u.P. Vestn.oto-rino-laring.24,Nr.2, 83-86 (1962)
(342) ERLACH,A. Wien.med.Wschr.111,628-632 (1961)
(343) SHANTUROV,A.G. Vestn.oto-rino-laring.24,Nr.2 109 (1962)
(344) BRAUN,T. Otolaryng.pol.13,78-81 (1959)
(345) OGWA,T. Otolaryngology 36,467-471 (1964)
(346) ONO,S. Otolaryngology 37,773-776 (1965)
(347 TONOZUKA,S.u.a. Oto-rhino-laryng.9,Nr.1,43-49(1966)
MATSUNAGA,T. Otolaryngology 38,321-328 (1966)
(348) DAITO,T.u.SATO,J. Proc.8.Internat.Congr.ORL 1966, 588-589
SATO,J. Oto-rhino-laryng.Soc.Jap.69, 586-605 (1966)
(349) HAGITOMI,T. Otolaryngology 38,433-437 (1966)
(350) TANI,I.u.a. Otol.Fukuoka 11,181-188 (1965)
(351) KATURA,A. Otolaryngology 37,381-385 (1965)
(352) siehe (422)
(353) SAKAKURA,K. Otolaryngology 37,275-283 (1965)

(354) HELWIG,B. Moderne Arzneimittel,3.Aufl.915, Stuttgart:Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft m.b.H., 1967
(355) NAGOSHI,Y.u.a. Dept of O.R.L. 1,Nr.2,106 (1958)
(356) TSUBOI,H. Otolaryngology 35,827-829 (1963)
(357) LARGER,J. Ann.Oto-laryng.81,97-102 (1964)
(358) IKEDA,T. Oto-rhino-laryng.5,Nr.2,26-29(1962)
(359) IKEDA,T. Oto-rhino-laryng.5,Nr.4 (1962)
(360) KAWAKITA,M. Oto-rhino-laryng.2,Nr.2,Abstr.58(1959)
(361) NAGOSHI,Y.u.ASHIZAWA,T. Oto-rhino-laryng.1,Nr.1, 100-101 (1958)
(362) DIAZ VIZZONI,O. Pren.med.argent.46,816-817(1959)
(363) NOMI,S.u.a. Otol.Fukuoka 7,246-256 (1961)
(364) OSAWA,R.u.MUTO,J. Oto-rhino-laryng.56,563-567 (1963)
(365) AKAIKE,K. J.oto-rhino-laryng.Soc.Jap.69, Suppl.zu Nr. 2, 52-53 (1966)
(366) POPESCU,V.u.FILIPESCU,A. Stomatologia 6,139-148 (1959)
(367) CALY MAYOR,O. Ann.Otol.74,1085-1090 (1965)
(368) STRASSBURG,M.u.LUDWIG,R. Dtsch.Zahnärztl.Z.21, 644-651 (1966)
BONDUELLE,M.u.BONYGUES,P. Therapie 18,552-553 (1963)
(369) BONDUELLE,M.u.a. Presse med.72,1905-1908 (1964)
(370) LOBER,C.G. Zahnärztl.Welt 66,841-843 (1965)
(371) COHEN,L. Oral Surg.20, 316-320 (1965)
(372) SMITH,J.F. Oral Surg.16,150-153 (1963)
(373) HEUSER,H. Zahnärztl.Welt 65,340-341 (1964)
(374) BISIG,M. Schweiz.Mschr.Zahnheilk.73,551-564 (1963)
(375) CAMPUS,G. Boll.Mal.Orecch.79,190-196(1961)
(376) RIBO,J. Pren.med.argent.48,963-968 (1961)
(377) FRIEDRICH,H. Med.Welt 1964, 399-401
BÖHMER,H. Zahnärztl.Welt 63,357-366 (1962)
(378) KÖNIG,G. Mschr.Ohrenheilk.93,314-315(1959)
(379) HAUBERISSER,E. Med.Klin.60,1168-1171 (1965)
(380) ESAKI,T.u.JAMADA,N. Otol.Fukuoka 9,216-220(1963)
(381) JOST,G. Sem.ther.40,479-481 (1964)
(382) SCORNAIENGHI,G. Minerva Med.53,1825-1827 (1962)
(383) MEYER,F.O.W. Zahnärztl.Welt.66,12-14 (1965)
(384) HORIGUTI,S.u.FUIJMORI,K. Bull.Tokyo med.dent. Univ.12,175-183 (1965)
(385) TAKAGAWA,W. Otolaryngology 35,479-480 (1963)
(386) HERRMANN,D. Therapiewoche 13,1003-1006 (1963)
(387) ZÜRCHER,H.u.GÜRTLER,J. Ther.Umschau 18,419-422 (1963)
(388) Bol.esp.Otorinolaring.13,Nr.1,57-61 (1966)
(389) HIROTO,I.u.a. Otolaryngology 58,335-339 (1966)
(390) SHIRABE,K.u.a. Otol.Fukuoka 7,164-168 (1961)

(391) ZIMMERMANN,KL. Med.Welt 1962,261-263
(392) KUTSCHER,A.H.u.a. Oral Surg.17,31-35 (1964)
PEJRONE,C.A. Minerva Stomat. 16,142-145 (1967)
ACERBI CREMADES,N. Sem.méd.128,888-890 (1966)
(393) SEBASTIAN,H. Dtsch.Zahnärztl.Z.18,742-748 (1963)
(394) WEINSTEIN,J.u.ROSENCRANS,M. Oral Surg.15,1071-1074 (1962)
SMITH,J.F. Oral.Surg.15,1437-1439 (1962)
(395) SCHRAFF,J. J.oral.Surg.18,207-217 (1960)
(396) JOSTEN,E.A. Fortschr.Med.82,662 (1964)
(397) BLÜMEL,G.u.ZAUNBAUER,W.Klin.med.18,430-434(1963)
(398) ALBRECHT,R. Wiss.Z.Univ.Jena,Math.-nat.Reihw.12, 201-203 (1963)
(399) DECHAUME,M.u.LAUDENBACH,P. Rev.Pract.14, 2695-2702 (1964)
(400) EKBOM,K.A.u.WESTERBERG,C.E. Arch.Neurol.14, 595-596 (1966)
(401) CLAEYS,R. Acta oto-rhino-laryng.belg.16, 32-38 (1962)
(402) HAGUENAUER,J.P. J.franc.Oto-rhino-laryng.14, 125-127 (1965)
(403)
(404) siehe (387)
(405) GREISTORFER,O. Wien.med.Wschr.116,71-72 (1966)
(406) YOUNG,J.R.jr. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 44,Nr.9, 63-66 (1965)
(407) STILLERMANN,M.u.BERNSTEIN,St.H. Amerik.J.Dis. Child.107,35-46 (1964)
(408) STILLERMANN,M.u.a. Pediatrics 31,22-28 (1963)
(409) OGURA,S. Otolaryngology 39, 331-333 (1966)
(410) JAQUES,A.A.u.FUCHS,V.H. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 40, 414 u.420 (1961)
(411) POLOTSCHNIG,B. Otorinolaring.ital.33,494-496(1964)
(412) FLORESCU,V.u.TAPLIGA,M. Oto-rhino-laring.8, 359-361 (1963)
(413) FOISSIN,B. Ann.Oto-laring.79,1045-1053(1962)
(414) LACINA,J. Csl.Otolaryng.9,100-103 (1960)
(415) MARTIN,H. J.franc.Oto-rhino-laryng.8, 489-944 (1959)
(417) SWIK,A. Med.Klin.57,608-609 (1962)
(418) MOMOI,M.u.a.Otolaryngology 37,493-499 (1965)
(419) USBECK,W.u.ARNOLD,H. Drsch.Gesundh.Wes.22, 930-933 (1967)
(420) HAZAMA,H.u.a. Oto-rhino-laring.Clin.57,643-644 (1964)
(421) NOMURA,K. Oto-rhino-laring.Clin.56,Nr.11 610-612 (1964)
(422) KIVIRANTA,U.K.u.PESONEN,S. Pract.Oto-rhino-laryng. 26,178-182 (1964)
(423) TOMITA,H. HNO 12,143-145 (1964)

(424) HILD,G. Medizinische 1959, 1879-1880
(425) GRANDE,F.u.LAURINI,F. Clin.oto-rino-laring.15, 11-17 (1963)
(426) VEISHTORG,V.V.Vestn.Oto-rino-laring.24,Nr.6, 92 (1962)
(427) YOUNG,J.R. jr.Eye.Ear,Nose Thr.Monthly 43,49-54 (1964)
(428) KUHLHAVY,L.u.CUCU-CABADAEF,L. Oto-rino-laring.3, 333-336 (1958)
(429) SCHUBERT,K. HNO 9, 140 - 141 (1961)
(430) FELLETTI,V. Ann.Laring.60,929-935 (1961)
(431) ESTEBAN,F.u.a.Rev.Esp.Oto-neuro-oftal.18, 262-264 (1959)
(432) KOSTYSHIN,A.T.VESTN.Oto-rino-laring.27,Nr.5, 72-73 (1965)
(433) GRIMAND,C.J. J.franc.Oto-rhino-laryng.14, 549-552 (1965)
(434) FEIGIN,G.A.u.a. Vestn.Oto-rhino-laring.26,Nr.5, 34-38 (1964)
(435) RODIN,V.I. Vestn.Oto-rino-laring.21,Nr.4, 82-83 (1959)
(436) KRATKOVA,E. Rev.Czech.Med.5,123-129 (1959)
(437) BARTELENA,G.u.FURSARI,C. Boll.Mal.Orecch.79, 12 - 17 (1961)
(438) ASLANYAN,G.G. Peditrija 43,Nr.6,66-68 (1964)
(439) EVDOKIMOVA,A.I. Vestn.Oto-rino-laring.26,Nr.5, 99-100 (1964)
(440) STENGELE,J. Z.Laryng.Rhinol.41,417-420 (1962)
(441) WIESER,F. Mschr.Ohrenheilk.95,470-471 (1961)
(442) DUFOUR,A. Rev.Laryng.86,544-546 (1965)
(443) EHRENREICH,J. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 41,52-53 u. 72 (1962)
ELSEN,J. Arch.Otolaryng.82,78-80 (1965)
PAVELIC,R.A. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 39, 644-649 (1960)
(444) NICOLAI,W. HNO 12,323-324 (1964)
(445) SMITH,J.P. Laryngoskope 73,461-465 (1963)
(446) SCHLORHAUFER,W.u.a.Mschr.Ohrenheilkunde 99, 309-320 (1965)
(447) BONACCOROSI,P.Arch.ital.Otol.76,764-781 (1965)
(448) SILIMBANI,A. Boll.Mal.Orecch.77,473-485(1959)
(449) GRAFT,T.D.u.a.Sth.med.J.54,454-458 (1961)
(450) SINZINGER,G. HNO 11,330-332 (1963)
(451) BOUCHE,J.u.BRUKER,J. Ann.Oto-laryng.79,870-872 (1962)
(452) SCHWARRZ,R.A.u.SLASMANN,W.H.jr. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 40,197-198 (1961)
(453) BALLA,P. Fül.-Orr.-Gége.-Gyógyászat 10, 142-144 (1964)
(454) SMITH,J.P. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 43,Nr.9, 51-54 (1964)

(455) BORDES,L.-R.u.a. Ann.Oto-laryng.81,595-599(1964)
(456) TANI,I.u.a. Otol.Fukuoka 12,10-62 (1966)
(457) GUERRIER,Y.u.SERRON,B. Cah.Oto-rhino-laryng.1, 81-95 (1966)
CHAROKI,CH. Rev.Laryng.86,1134-1135 (1965)
(458) KERN,G. Pract.oto-rhino-laryng.27,249-252 (1965)
(459) TSAKANYAN,M.N. Vestn.Oto-rhino-laryng.23,Nr.2, 80-82 (1961)
(460) BOCCI,G. Boll.Mal.Orecch.84,138-144 (1966)
(461) CANCURA,W. Wien.med.Wschr.113,294-296 (1963)
(462) CANCIULLO,D. Otorinolaring.ital.30,329-334(1961)
(463) ALBERICI,R.A. Sem.med.121,1920-1923 (1962)
(464) HIRANO,M.u.a. Otol.Fukuoka 11,118-123 (1965)
(465) SALERNO,G. Arch.ital.Laring.67,589-596 (1959)
(466) YOSHIDA,M. Otolaryngology 35,163-164 (1963)
(467) PORTMANN,M.u.DELAGE,R. Rev.Laryng.85,1073-1081 (1964)
(468) MELICE,P. Rev.méd.Liège 17,792-798 (1962)
(469) GAILLARD,J.-G. Pract.oto-rino-laryng.22,37-43 (1960)
(470) HINE,S. Otolaryngology 37,887-890 (1965)
(471) JASPER,A. Mschr.Ohrenheilkunde 96,572-574(1962)
JASPER,A. Fül-Orr.Gége.-Gyógyászat 11, 130-132 (1965)
(472) YANAGIHARA,N.u.a. Oto-rhino-laryng.Clin.56, 16-20 (1963)
(473) KURANCHI,Y. Otolaryngology 36,267-271 (1964)
(474) CALIGARIS,F. Minerva otorinolaring.9,366-371(1959)
(475) DECHER,H. Z.Laryng.Rhinol.40,708-720(1961)
(476) KUCERA,M.u.PARMA,R. Csl.Otolaring.10,285-292(1961)
(477) DE VIDO,G.u.MEGIGHIAN,D. Atti.Soc.med.chir.35, 197-210 (1960)
(478) LEBEDEVA,N.F. Vestn.Oto-neuro-laryng.23,Nr.1, 83-85 (1961)
(479) BABLIK,L. Mschr.Ohrenheilkunde 93,306-308(1959)
(480) ARANZ,J.C.u.BLANK,I. Pren.med.argent.48,3214(1961)
(481) SCHÖNHÄRL,E. Med.exp.2,179-183 (1960)
(482) GUTZMANN,H. Dtsch.med.J.13,467-469 (1962)
(483) GATTUSO,R.u.LEOCATA Clin.oto-rino-laring.14, 227-234 (1962)
(484) HOMMERICH,K.W.u.KORZENDORFER,M. HNO 211 (1966)
FUJITA,K. Otolaryngology 35,89-97 (1963)
(485) MIODONSKI,J. Arch.Otolaryng.76,275-276 (1962)
(486) HIROTO,I.u.a. Otol.Fukuoka 11,113-117 (1965)
(487) ARNOLD,G.E. Laryngoskope 74,802-815 (1964)
(488) KURITA,Y. Otol.Fukuoka 6,130-131 (1960)
(489) BRUNSCHWIG,R. Pract.oto-rhino-laring.24,262-268 (1962)
(490) BREMOND,G.u.a.J.franc.oto-rhino-laring.12, 1091-1094 (1963)

(491) GIRBEA,ST.u.a. Oto-rino-laring.4,139-142(1959)
(492) TSAKANYAN,M.N. Vestn.Oto-rino-laring.25,Nr.2, 67-70 (1963)
(493) AVAKYAN,S.M. Vestn.Oto-rino-laring.28,Nr.2, 76-78 (1966)
(494) VOLKOV,B.K. Vestn.Oto-neuro-laryng.23,Nr.1, 79-82 (1961)
(495) SCHWARTZ,S.I. N.Y.St.J.med.59,3584-3588 (1959)
(496) HAYES,M. Amer.J.Gastroent.43,143-149(1965)
(497) BECK,I.T.u.a. Cand.med.Ass.J.90,570-574 (1964)
(498) MONTELEONE,L. J.oral.Surg.21,313-318 (1963)
(499) STADNICKI,J.u.a. Otolaryng.pol.14,335-342 (1960)
(500) KONARSKA,I.u.MERDI,T. Pol.Tyg.lek.16,523-526(1961)
(501) MINSKER,O.B.u.ROBUSTOVA,T.G. Stomatologija 45, Nr. 1, 39 - 42 (1966)
(502) D'ALFONSO,G. Chemotherapie 7,553-554 (1963)
(503) CERVELLERA,G.u.MAZZILLI Minerva otorinolaring.12, 67-83 (1962)
(504) STOLYAROVA,M.K. Vestn.Oto-rino-laring.25,Nr.6, 31-35 (1962)
(505) STOLYAROVA,M.K. Vestn.Oto-rino-laring.27,Nr.2, 98-99 (1965)
(506) LÜCKE,K. Z.Laryng.Rhinol.42,304-306 (1963)
(507) TOMAN,J.u.BEJCEK,Z.Csl.Stomat.62,93-99(1962)
(508) LANDAIS,H. Rev.Stomat.63,622-624 (1962)
(509) AKOPYANTS,S.S.Antibiotici 7,Nr.9,832-936(1962)
(510) SCHUMACHER,H. HNO 11,334-335 (1963)
SISCHKA,O. Wien.med.Wschr.115,207 (1965)
DJAMCHIDI,A.A.Z.Laryng.Rhinol.43,568-571(1964)
(511) KOZITSKAYA,K.N. Vestn.Oto-rino-laring.26,Nr.3, 105 (1964)
(512) AMITIN,V.I. Farmakol.i.Toksikol.25,224-226(1962)
(513) MAEDA,T.u.HONJO,Y. Oto-rhino-Laryng.Clin.54,Nr.4, (1961)
(514) HULSE,W.F.u.SCHRADER,G. Laryngoskope 71,211-215 (1961)
(515) BIANCHETTI,L.u.CHIRI,A. Minerva anest.31,612-616 (1965)
VARESI,M. Osped.maggiore 60,549-569 (1965)
GORDON,S.L. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 41,626-627 (1962)
SAUER,P.-H. HNO 11,61-62 (1963)
(516) VODOPYANOVA,M.I. Vestn.Oto-rino-laring.23,Nr.4, 45-47 (1961)
(517) ROMANESCANU,GH.u.a. Oto-rinolaring.6,189-192(1961)
(518) BERLING,C.u.BJORN,H. Dtsch.zahnärztl.Z.16, 1497-1505 (1961)
(519) MIYZAKI,K.u.KATSUTA,S. Oto-rhino-laryng.7,Nr.3, 236-240 (1964)
(520) TAKAYASU,S. Otolaryngology 36,279-281 (1964)
(521) FONYO,J. Ther.hung.12,103-104 (1964)
(522) MUKHIN,E.P. Vestn.Oto-rino-laring.26,Nr.5, 100 (1964)

(523) MERIFIELD,D.O.u.JOHNSON,E.E. Arch.Otolaryng.74, 437-440 (1961)
(524) TARASOV,D.I. Vestn.Oto-rino-laring 21,Nr.3, 72-74 (1959)
(525) KLEITSCH,W.P. Bull.Soc.int.Chir.17,382-386(1958)
(526) MISSURA,T.u.WEDER,A. Pract.oto-rhino-laryng.24, 249-261 (1962)
(527) PEMBLETOU,W.E.u.a. Arch.Otolaryng.A.M.A.70, 48-51 (1959)
(528) GABRIEL,W. Z.Laryng.Rhinol.40,561-567 (1961)
(529) SPRENGER,F. HNO 14,92-93 (1966)
(530) CARPIO-GARCIA,A. Med.clin.47,107-111 (1966)
(531) TICKTIN,H.E.u.a. Amer.J.dig.Dis.N.S.10,979-984 (1965)
(532) VULLIÊMOZ,P.u.a. Schwiez.med.Wschr.95,1051-1052 (1965)
(533) THURIES,J.u.a. Ann.Anesth.franc.5,481-488(1964)
(534) MOREL,L.u.a. Rev.Tuberc.26,692-693 (1962)
(535) REBATTU,J.P.u.a. J.franc.Oto-rhino-laryng.11, 455-459 (1962)
(536) CATTANEO,A.D. Minerva anest.25,373-375 (1959)
(537) DUFOUR,A.u.FELLETTI,V. Ann.Laring.65,286-294(1965)
(538) KRONBERGER,L. Wien.med.Wschr.113,280-281 (1963)
(539) BENKE,A. Anaesthesist 11,197-198 (1962)
(540) CHOPIN,J.u.PERRON,R. Agressologie 2,175-176(1961)
(541) EBERT,K.D. Med.Welt,N.F.18,386-388 (1967)
(542) SCHUMACHER,W. Med.Mschr.20,420-423 (1966)
(543) ROSKOTHEN,R. Med.Mschr.18,82-83 (1964)
(544) VOLKMUTH,G. Hippokrates 37,193-194 (1966)
FRANZ,H. Münch.med.Wschr.108,1166-1168(1966)
LANGE,R. Dtsch.med.J.17,77-78 (1966)
(545) STARKE,K. Med.Mschr.17,737-739 (1963)
(546) PAHLOW,CHR. Z.Laryng-Rhinol.40,63-67 (1961)
(547) CAVET,J.u.a. J.franc.Oto-rhino-laryng.11,155-162 (1962)
SABATHIE,A.u.NICLAUSSE,R. Rev.Laryng.80,941-944 (1969)
DELIGNÊ,P. Montpellier méd.Sér.3,55,389-396 (1959)
(548) ALDER,H.u.HUNZIKER,H. Anästhesist 15,37-41(1966)
(549) SUDAKA,J. Rev.oto-neuro-ophthal.31,369-371(1959)
(550) MIODONSKI,J.u.MISZKE,A. Otolaryng.pol.15,191-193 (1961)
(551) SADANAGA,M. Otolaryngology 34,699-705 (1962)
(552) GIOFFRE,M.u.MONTANARI,C. Otorinolaring.ital.32, 210-218 (1963)
MC COLLUM,K.B.u.HILDYARD,V.H. Anaesth.u.Analges. 44,758-761 (1965)
(553) DEL PRETE,S.u.DELFINO,U. Minerva anest.33, 297-299 (1967)
ERICKSON,J.E.u.a. Arch.Otolaryng.80,69-71(1964)

(554) NAGOSHI,Y.u.a. Oto-rhino-laryng.2,Nr.4,379-380 (1959)
NAGOSHI,Y.u.a. Oto-rhino-laryng.2,Nr.2,Abstr.57 (1959)
(555) DANIEL,G.u.GAMBACORTA,G. Boll.Soc.med.chir.79, 1437-1448 (1965)
(556) TREMEL,H. HNO 14, 319 (1966)
HARRFELDT,H.P.Zbl.Chir.90,945-951 (1965)
HARNISCH,H.u.GABKA,J. Zahnärztl.Rundschau 74, 424-429 (1965)
SCHULTE,H.-O. Med.Welt 1965,1757-1760
(557) EY,W.u.a. Anaesthesist 11,330-334 (1962)
(558) LÜCKE,K. HNO 11, 152 (1967)
(559) HUBBELL,A.O. J.oral Surg.18,295-298 (1960)
(560) DE BLASI,S.u.a. Rass.int.Clin.Ter.44,768-781(1964)
(561) VINCENT,P.u.a. Cah.Oto-rhino-laryng.2,165-169(1968)
(562) BRUNAMONTI,G. Minerva Stomat.14,153-154 (1965)
RUSSO,C. Ann.Laring.65,499-514 (1966)
DE MITRI,T. Minerva med.54,536-538 (1963)
(563) HERBST,K.H. Z.Laryng.Rhinol.38,837 (1959)
KUKOWSKI,H. Med.Welt.N.F.17,899-900 (1966)
AHRENS,K. HNO 13,208-209 (1965)
EIDEN,O. HNO 9, 28 (1960)
(564) WATABE,Y.u.KOSAKADA,H. Oto-rhino-laryng.Clin.56, 448-453 (1963)
YAMASHITA,T. Otolaryngology 36,65-69 (1964)
HAYASHI,M. Otolaryngology 36,473-475 (1965)
(565) ISKHAKI,YU.B. Vestn.Oto-rino-laring.21,Nr.5, 44-47 (1959)
(566) LORYA,A.G. Vestn.Oto-rino-laring.22,Nr.3, 99 (1960)
(567) SZABO,E. Orv.Hetil.104,985-987 (1963)
(568) DEJEAN,Y. Cah.Oto-rhino-laryng.1,89-90(1966)
(569) CHAMPY,M. Straßbourg.med.N.S.17,798-809(1966)
MATSUZAKI,H.u.KATO,M. Oto-rhino-laryng.6,Nr.4, 385-390 (1963)
MEUNIER,A.u.a. Ann.Oto-laryng.83,446-451 (1966)
DE REYNIER,J.P. Praxis 54,1594-1596 (1965)
(570) ZECHNER,G. Mschr.Ohrenheilkunde 98,178-183(1964)
(571) BLACKBURN,E.K.Brit.med.J.II,159-160 (1963)
(572) IWASAWA,T. Otolaryngology 37,681-690 (1965)
(573) BADER,M. HNO 8, 185-186 (1960)
(574) KANEKO,Z.u.a. Oto-rhino-laryng.3,Nr.2,71 (1960)
(575) MONTI,P.C. Sem.med.119,1038-1042 (1961)
SULSENTI,G. Boll.Mal.Orecch.79,1-11 (1961)
OHSAKO,S.u.a. Otolaryngology 36,359-363 (1964)
GLANINGER,J. Bol.esp.Otorhinolaring.12,Nr.1, 19-24 (1959)
FUJISAKI,S.u.a. Oto-rhino-laryng.7,Nr.2,111(1964)

(576) DUMAY,J.J.u.DANCE,P. Ann.Chir.18,1595-1597(1964)
(577) BERGER,M.u.PINSON Rev.Laryng.87,52-55 (1966)
(578) BOUCHE,J.u.a. Ann.Oto-laryng.81,808-810 (1964)
TASSINI,G.u.BERNICCHI,L. Clin.oto-rhino-laring. 17, 77-89 (1965)
(579) VOGEL u. NUERNBERGH HNO 14, 56 (1966)
(580) NAGAUKI,Y. Otolaryngology 36,283-285 (1964)
(581) ICHIHARA,M. Otolaryngology 37,391-393 (1965)
(582) KÜHRT,P. Z.Laryng.Rhinol.39,754-757 (1960)
(583) TANNER,K. Pract.oto-rhino-laryng.26,439-442 (1964)
(584) ALTSHULER,Z.A. Vestn.Oto-rino-laring.26,Nr.3,104 (1964)
(585) SHIROIWA,T. Oto-rhino-laryng.Soc.Jap.64, 1133-1439 (1964)
(586) HECKEL,G. Rev.Laryng.80,407-412 (1959)
(587) KANEKO,Z. Otolaryngology 35,71-74 (1963)
(589) BOUSSENS,M.J. Rev.Laryng.83,1020-1022 (1962)
(590) BORGO,M. Arch.ital.otol.72, 569-572(1961)
(591) VERGES,R. Rev.Laryng.83,152-155 (1962)
LLARDENT,R.V. Acta oto-rhino-laryng.ib.amer.12, 36-43 (1961)
(592) TUSCHER,R. Praxis 50,1340-1341 (1961)
(593) D' ANGELO,E. Clin.Oto-rhino-laring.16,91-101(1964)
(594) GALIMI,R. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 40,475-476 (1961)
(595) DURUY,A. Sem.ther.40,379-382 (1964)
(596) und Minerva med.56,Suppl. zu Nr.73,
(597) ARONNA,G. 3109-3110 (1965)
(598) GANDON,J.u.a. Ann.Oto-laryng.81,715-720 (1964)
(599) CHONARD,C.-H.u.GOUJARD,P. Ann.Oto-laryng.81, 259-264 (1964)
(600) PERFUMO,G.u.FONTEMAGGI,O. Minerva otorinolaring. 14,109-114 (1964)
(601) DE MICHELIS,B. Minerva stomat.16,65-76 (1967)
(602) CRESPIN,J.u.a. Pediatr.prat.35,65-82 (1964)
(603) LAURINI,F.u.GALLI,V. Arch.ital.laring.78,431-434 (1965)
(604) BALLI,R. Minerva otorinolaring 13,310-313 (1963)
(605) FLOTTES,L.u.a. J.franc.Oto-rhino-laryng.13, 527-548 (1964)
(606) MOUNIER-KUHN,P.u.a. J.franc.Oto-rhino-laryng.13, 559-563 (1964)
(607) MORA,E.u.MANARA,R. Minerva otorinolaring 13,62-69 (1963)
(608) FLOTTES,L.u.a. Rev.Laryng.83,1189-1195 (1962)
(609) ANDERSON,J.R.u.RUBIN,W. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 38,638-641 (1959)

(610) TAGUCHI,K. Otolaryngology 36,369-379(1964)
(611) CZGANY,J. HNO 12, 171-173 (1964)
(612) BOURDIAL,J.u.a. Ann.Oto-laryng.81,502-505(1964)
(613) BOURDIAL,J.u.NATALI,R. Sem.thér.40,494-495(1964)
(614) DECROIX,G.u.DEGUINES,C. Chemotherapie 7,606-611 (1963)
NEUMAYR,A.u.STOEFFLER,G. Chemotherapie 7, 437-438 (1963)
(615) TARNELLA,J. Med.klin.46,97-107 (1966)
(616) CHAMPY,M. Straßbourg med.N.S.17,710-723(1966)
(617) AGRONIK,S.E. Vestn.Oto-rino-laring.28,Nr.6,91(1966)
(618) CARRERA,G.u.MARTINA,I. Arch.ital.Laring.71, 535-543 (1963)
(619) REDONDO-PIZARRO,F. Rev.Clin.esp.95,89-94(1964)
(620) SCHWERTFEGER,F. HNO 9,261-262 (1961)
(621) NAGAKURA,K.u.a. Oto-rhino-laryng.7,Nr.2,118-121 (1964)
(622) CORBETTA,L. Ann.Laring.58,361-355 (1959)
(623) SEMENENKO,YU.F. Stomatologija 40,Nr.1,65-69(1961)
(624) HNÂTEK,J.u.PILLICH,J. Csl.Otolaryng.10,314-345 (1961)
(625) DVORAK,R.u.PAVLIK,I. Cas-Lék-cês 44,266 (1964)
(626) GUBIN,M.A. Stomatologija 45,Nr.4,94-95(1966)
(627) SIZEUM,Y. Rev.Laryng.37,905-908 (1966)
(628) PINTO,S.u.ARNOLD,G.E. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 39 153-156 (1960)
(629) MENZIO,P. Minerva med.52,1813-1816 (1961)
(630) WOLF,H.E. Med.Mschr.17,437-439 (1963)
(631) GROSS,W. Ther.Gegenw.100,260-263 (1961)
(632) STEVENS,E.L. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 41,50-51 (1962)
(633) ELIA,J.C. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 41,722-725 (1962)
(634) COLLARD Rev.Laryng.84,83-87 (1963)
(635) PINCINI,G. Minerva Med.55,163-166 (1964)
(636) OGURA,S. Otolaryngology 35,415-420 (1963)
(637) YOUNG,H.R. Oral Surg.23,12-18 (1967)
(638) VOLKMUTH,G. Forsch.Prax.Fortbild.18,186-187(1966)
(639) LEWISON,E. Eye,Ear,Nose Thr.Monthly 44,Nr.2, 56-60 (1965)
(640) CARRIÊ,E. Hautarzt,12,82-85 (1961)
(641) MERCIER,J.u.LARGER,J. Ann.Oto-laryng.83,608-609 (1966)
(642) GUILLEN,G. Rev.Laryng.87,289-294 (1966)
(643) EAGLE,W.W. Laryngoskope 70,666-679 (1960)
(644) YAMAZAKI,H.u.a. Otolaryngology 37,481-486(1965)

Herrn Priv. Doz. Dr. H. Breuninger
danke ich für die Oberlassung des
Themas und für die freundliche Un-
terstützung bei der Arbeit.

LEBENSLAUF

Am 19. September 1939 wurde ich, Friedrich SCHOLLER, als Sohn des 1941 gefallenen Fotografen Rudolf Schüller und seiner Ehefrau Anna, geb. Baier, in Trautenau geboren.

Nach der Umsiedlung 1945 besuchte ich von 1946 bis 1954 die Volksschule in Quedlinburg und wechselte dann auf die dortige Oberschule über.

Im Jahre 1957 verließ ich die Sowjetische Besatzungszone und besuchte darauf das Gymnasium Geislingen/Steige in der Bundesrepublik, wo ich im Frühjahr 1961 die Reifeprüfung ablegte.

Nach meiner Immatrikulation an der Universität Tübingen im Sommersemester 1961 bestand ich im Herbst 1964 die zahnärztliche Vorprüfung und am 17. Juli 1967 das Staatsexamen.

Seit 1. September 1967 bin ich als Assistent an der Zahn-, Mund- und Kieferklinik in Tübingen tätig.